Nr. 47. 25. listopada 1923. Rok II.

POLSKA GAZETA LEKARSKA

Prace oryginalne

Stanisław HRYNIEWIECKI Warszawa

Przyczynek do etjologji obrzęków Quinckego.

(Z oddziału Władysława Janowskiego w Szpitalu Dz. Jezus w Warszawie).

Niniejszy przypadek ogłaszamy, jako dowód, stwierdzający związek nasilenia objawów klinicznych choroby Quinckego z zawartością kw. moczowego we krwi.

Chora Zofja K., l. 28, dnia 20. XI. 1922 r. zgłosiła się na oddział z następującemi skargami: od roku z krótszemi lub dłuższemi przerwami cierpi na ograniczone obrzęki kończyn i twarzy; świędzenia ani palenia w miejscu obrzęków nie odczuwa. Na tydzień przed zgłoszeniem się do szpitala zjadła kotlet wieprzowy, poczem wystąpiły bóle głowy, drapanie w gardle, bóle w dołku podsercowym, mdłości i odbijania. Wkrótce bóle głowy i gardła ustąpiły, brak zaś łaknienia, mdłości i odbijania sprowadziły chorą do szpitala. Obrzęki w tym czasie zwiększyły się, szczególnie na twarzy. Obrzęk prawej dłoni i części prawego przedramienia jest od roku prawie stały; chora podaje, że w nocy czasami ustępuje, ale rano szybko wraca do poprzedniego stanu. W 15 roku życia chora miała przemijające obrzęki wszystkich kończyn. Pokrzywki nigdy nie miała. Rodzice i rodzeństwo żyją, zdrowi. Obciążenia dziedzicznego nie da się stwierdzić. Chora jest panną, z zawodu służącą.

S t a n o b e c n y. Skóra tułowia o zabarwieniu normalnem, śluzówki nieco blade. Na dłoni prawej, po stronie zewnętrznej, nad stawem nadgarstkowym i w dolnej połowie przedramienia skóra dość mocno napięta, gładka, błyszcząca o zabarwieniu normalnem. Ucisk palca zostawia na niej mały dołek. Rysunek stawu nadgarstkowego i ścięgien mięśni wyprostnych palców zatarty. Skóra nie świedzi, ani nie boli. Na stopie lewej na powierzchni wyprostnej wyraźny obrzęk o tym samym charakterze, co i na dłoni, najwybitniej zaznaczony po zewnętrznej stronie pięty. Skóra na policzkach i powiekach znacznie napięta, obrzękła, ale zabarwiona normalnie; nie świędzi i nie boli. Gruczoły chłonne nie powiększone. Gruczoł tarczowy normalnej wielkości. Klatka piersiowa płaska, długa; w górnych płatach płuc stwierdza się objawy zagęszczenia szczytów i trochę wilgotnych rzężeń. Serce o granicach normalnych; tony jego czyste. Ciśn. Mx 90 Mn 67. Wątroba i śledziona nie powiększone. Punkty przypępkowe niebolesne; objaw Goldflama ujemny. Odruchy ze spojówek i rogówek zachowane; odruchy na kończynach ze ścięgien i mięśni prawidłowe. Czucie normalne.

M o c z: oddział. kwaśne, c. g. 1.018; wyraźny odczyn na aceton i kw. dwuoctowy w pierwszych dwóch dniach pobytu chorej w szpitalu; inne składniki normalne; N-formol = 0,5. W osadzie nie stwierdza się składników patologicznych. Próba wodna i koncentracyjna Volhardta dała wynik dodatni, t. j. nerki zupełnie sprawnie wydzieliły wodę i suchą substancję. K r e w: Hb 75 (Sahli); c. gat. 1056. Cz. krwinek 4,720.000; białych 9.600— N. 68% L. 24% Mon. 3% Baz. 2% E 3%. W surowicy krwi cholesteryny 0,8 grm., bilirubiny 2 milgr. na litr, lepkość krwi 4,5; opadanie czerwonych krwinek normalne. Wasserman ujemny. Krzepliwość krwi 10,5 minut (Aschard i Binet). Kwasu moczowego we krwi (Grigaut) stwierdzono 24/XI 1922 r. 111 milgr. na litr. Badanie na crise hémoclasique podług Widala dało wynik ujemny. Skombinowane badanie chorej za pomocą atropiny, pilokarpiny i adrenaliny stwierdziło nieznaczną wagotonję.

Z dalszego przebiegu choroby podaję poniższe zestawienie, wskazujące stosunek ilości kw. moczowego we krwi do objawów klinicznych.

Data	Miligr. kw. moczowego w litrze krwi	Miligr. mocznika w litrze krwi	Objawy kliniczne	Leczenie	Uwagi
24/IX 1922	111		Obrzęk policzków i powiek, obrzęk prawej dłoni i przedramienia i stopy lewej (patrz wyżej stan obecny)	Sol. natr. hyposulfurosi 5.0 : 200.0 i Sol. calc. chlorati 15.0 : 180.0	
1/XII	75	560	Obrzęk policzków i powiek ustąpił	od 8/XII do 13/XII Calomel 0.045 r. dz. od 14/XII Sol. natr. hyposulfur.	
22/XII	77.5	520	Obrzęk przedramienia ustąpił, na dłoni zarysowały się kontury ścięgien wyprostnych palców.	Autohemoterapja (przez 3 dni z rzędu po 1, 2, 3, cm³: następnie co 2—3 dzień od 5—8 cm³ krwi czterokrotnie.	
12/I 1923	86	—	Obrzęk w okolicy pięty kilkakrotnie ginął i występował ponownie	od 14/I do 27/I ponownie autohemoterapja	
8/II	60	—	Obrzęk stopy ustąpił, na dłoni znacznie się zmniejszył (zmniejszył się o 1.5 cm).	od 28/I Sol. natrii. citr c. 16.0 : 180.0 Sal. carolin. 30.0	

Z czynników, prowadzących do powstania ostrych ograniczonych obrzęków skóry, Quincke, Riehl, Joseph i inni podają oziębienie skóry, jako czynnik usposabiający. Joseph, Caspary, Elliot stwierdzali jako taką przyczynę alkoholizm. Mendel w swoim spostrzeżeniu nad 4 pokoleniami, obarczonemi obrzękami Quinckego, uważa za taki czynnik idiosynkrazję dziedziczną względem normalnych produktów rozpadu z przewodu pokarmowego.

W naszym przypadku stwierdzaliśmy stale znacznie zwiększoną ilość kwasu moczowego we krwi, pierwotnie 3 razy ponad normę. W miarę poprawy objawów klinicznych spostrzegaliśmy spadek zawartości kw. moczowego we krwi, a w lutym 1923 r., gdy stan chorej był pod względem obrzęków najlepszy, ilość kw. moczowego obniżyła się z pierwotnej liczby 111 mgr. na litr do 60 mgr. Dlatego sądzimy, że czynnikiem, usposabiającym chorą do powstania u niej obrzęków Quinckego, była zwiększona zawartość kwasu moczowego we krwi. Dokładne zbadanie czynności nerek nie wykryło w nich zaburzeń. Bliższe zaś zbadanie czynności wątroby wykazało normalną zawartość bilirubiny, cholesteryny i normalną krzepliwość krwi, obok przemijającego zaburzenia jej czynności proteolitycznej, które przejawiło się przemijającą kwasicą w ciągu pierwszych dni pobytu chorej w szpitalu oraz stałem zmniejszeniem jej zdolności urikolitycznej (zawartość kw. moczowego w litrze od 111 do 60 mgr).

Nie wyprowadzając ogólniejszych wniosków co do etjologji innych przypadków obrzęków Quinckego, sądzimy, że w naszym zależały one od pewnej niewydolności wątroby, mianowicie głównie od zaburzenia jej czynności urikolitycznej. Prowadziło ono do gromadzenia się we krwi znacznych ilości kwasu moczowego. Nasilanie się tego zjawiska pod wpływem tych lub innych czynników trujących prowadziło w danym przypadku od szeregu lat do wybuchów tej choroby.

W końcu pragniemy zaznaczyć, że podsiarkan sodu, a następnie autohemoterapja wpływały w naszym przypadku pomyślnie na przebieg objawów.

Doc. Dr. A. ŁAWRYNOWICZ (Petersburg),
Dr. E. TATARINOW (Saratow),
Dr. J. CHACZIKOW (Astrachan).

Spostrzeżenia nad wakcynoterapją śródżylną duru brzusznego*)

Z 4. Szpitala miejskiego w Saratowie i z Zakładu patologji ogólnej Uniwersytetu Saratowskiego (prof. A. Bohomolec).

I. Śródżylna metodyka wakcynoterapji, zastosowana po raz pierwszy w r. 1912 przez Ichikawa w durze brzusznym, dała szereg faktów, których nie możemy zrozumieć na podstawie ogólnie uznanej teorji wakcynoterapji. Udało się tym sposobem osiągnąć w chorobach zakaźnych (dur brzuszny, gorączka popołogowa, sprawy posocznicze) w pewnym odsetku przełomowe zakończenie sprawy chorobowej. Poza spostrzeżeniami Ichikawa, zwłaszcza liczne prace dotyczą duru brzusznego (Kraus, v. Koranyi, Galambos i inni). Poronne wyleczenie, poronny spadek ciepłoty, niekiedy w ciągu 6—12 godzin, szybkie znikanie objawów chorobowych, początkowo przez Ichikawa traktowane jako wynik nagromadzenia niweczników, wymagały bardziej szczegółowych badań; następne spostrzeżenia wykazały, że poronny wynik leczniczy może być osiągnięty i przez zastosowanie śródżylne szczepionek nieswoistych (Kraus), również ciał białkowych (pepton, albumoza, mleko i t. d.). Dane te uniemożliwiały traktowanie sprawy w płaszczyźnie wakcynoterapji swoistej; na tej drodze powstają nowe określenia — heterobakterjoterapja i proteinoterapja, nie wyjaśniające istoty sprawy.

Śródżylne stosowanie szczepionek i ciał białkowych połączone jest z odczynem ogólnym ustroju, występującym w 15—30' po wstrzyknięciu, w postaci dreszczu wstrząsającego, podniesienia ciepłoty do 40° i wyżej i z występującem po 1 —2 godzinach poceniem się; ciepłota spada do 36° i niżej w ciągu 6—12 godzin. Taki wynik leczniczy poronny możliwy jest do osiągnięcia w pewnym odsetku przypadków spostrzeganych.

Gwałtowne podniesienie ciepłoty, wymagające wytężonej pracy serca, ogranicza zakres stosowania sposobu śródżylnego do przypadków, w których sprawność serca jest wystarczająca. Inne cierpienia narządów wewnętrznych też wymagają zachowania ostrożności i indywidualnego traktowania przypadków poszczególnych (gruźlica płuc, sprawy nerkowe). Ten odczyn ogólny Lüdke, Biedl i in. objaśniali jako wstrząs anafilaktyczny, czemu zaprzeczają spostrzeżenia R. Kraus'a ze stosowaniem szczepionek nieswoistych (b. coli). Obfite piśmiennictwo tej sprawy dotyczy najczęściej ogólnych spostrzeżeń klinicznych i wyników leczniczych. Bardziej szczegółowych rozbiorów klinicznych i dokładnych systematycznych badań własności odpornościowych surowicy osobników, leczonych różnemi antygenami (szczepionkami) z różnym wynikiem leczniczym, mamy bardzo mało.

Na podstawie piśmiennictwa odnośnego i własnego doświadczenia możemy całkowicie potwierdzić doniosłe znaczenie lecznicze śródżylnej metodyki wakcynoterapji w durze brzusznym. W pracy niniejszej, uznając fakt ten za stwierdzony, główną uwagę zwracamy na porównawczy rozbiór kliniczny i laboratoryjny niektórych objawów wakcynoterapji śródżylnej po zastosowaniu trzech rodzajów szczepionki (durowej, okrężnicznej, gonokokowej).

II. Własnych spostrzeżeń dokonaliśmy na 32 chorych, z tych 8 zastrzyknięto śródżylnie szczepionką durową, 17 — okrężnicową i 7 gonokokową (własnoręcznie przygotowane), zawierające 100 miljonów drobnoustrojów w 1 cm³. Szczepionkę durową zabijano skłóceniem z rozczynem optochiny 1:200, okrężnicową — ogrzewaniem przy 56° w ciągu godziny, gonokokową — ogrzewaniem przy 52° w ciągu 1 godz.

W $^1/_2$ godziny — 1 godziny po zastrzyknięciu rozpoczyna się dreszcz trwający od 15'—1 godziny, o różnym stopniu natężenia. Należy stwierdzić, że w tym względzie obok rodzaju szczepionki i dawki zastosowanej mają wielkie znaczenie i własności indywidualne chorego ustroju.

*) Praca wykonana w jesieni r. 1920, z powodów natury zewnętrznej dopiero teraz może być ogłoszona drukiem.

Dreszcz najczęściej (w $^3/_4$ przypadków) rozpoczyna się przed ukończeniem 30' od chwili zastrzyknięcia; w połowie przypadków zaznacza się względnie słabo, w $^1/_4$ części — średnio i w $^1/_4$ części — bardzo ostro. Analizując te dane możemy, do pewnego stopnia, uzależnić napięcie objawów odczynowych od rodzaju szczepionki; objawy najostrzejsze powodowała szczepionka durowa, słabsze — okrężnicowa, najłagodniejsze — gonokokowa. Powtórne śródżylne stosowanie szczepionek zwykle powodowało słabsze objawy odczynowe, zwłaszcza mniejsze podnoszenie się ciepłoty. To ostatnie zwykle sięgało 2—2$^1/_2$° nad poziom w chwili zastrzyknięcia; po gwałtownem podniesieniu się ciepłota w ciągu 6—8 godzin stopniowo spadała do normy; w przypadkach, w których ten spadek ciepłoty nie dochodził do poziomu normalnego, podnosiła się ona następnie, aczkolwiek niżej niż w okresie przed zastrzyknięciem.

W dawkowaniu dążyliśmy do stosowania dawek małych, nie przenoszących 100 milj. drobnoustrojów; szczepionkę durową stosowaliśmy w dawkach 30—120 milj., przy wstrzykiwaniu powtórnem — 100 milj.; okrężnicową — 35—150 milj., gonokokową 35—90 milj. Na tem miejscu zaznaczamy, że te dawki małe, powodujące słabe objawy odczynowe, pod względem leczniczym miały mniejsze znaczenie — ich działanie było mniej wyraźne.

Charakteryzując w zarysie ogólnym objawy odczynowe układu sercowo-naczyniowego można stwierdzić, że wstrzykiwanie śródżylne nie powoduje nigdy objawów dłużej trwających. Tętno sięga do 140 uderzeń na minutę, spostrzegane są niekiedy extrasystole, trwające w ciągu 1—3 dni. Na ogólną liczbę 32 chorych u 2 mieliśmy w chwili wstrzykiwania szmer skurczowy na wierzchołku serca i rozszerzenie granic serca w lewo (do lin. sutkowej). Odczyn sercowy u tych chorych dał objawy nie różniące się od spostrzeganych u innych. Należy zaznaczyć, że obaj chorzy przed wstrzykiwaniem szczepionki mieli normalne ciśnienie krwi. Odczyn sercowy przy stosowaniu różnych rodzajów szczepionki zwykle był, naogół biorąc, jednostajny. Sfigmogramy wykazują, że właściwe durowi tętno dwubitne w okresie odczynowym zwykle cechuje się większą amplitudą wahań, skutkiem czego dwubitność bądź bywa bardzo słabo zaznaczona, bądź znika zupełnie.

Spostrzeżenia nad ciśnieniem krwi, dokonane metodyką wysłuchową (według Korotkowa) i wymacalną w 14 przypadkach, wykazały, że w połowie przypadków obniża się ono po ukończeniu objawów odczynowych (dreszczu wstrząsającego) o 20—30 mm rtęci, w drugiej połowie o 5—10 mm; w 2 przypadkach nie spostrzegaliśmy obniżenia ciśnienia. Najznaczniejsze obniżenie ciśnienia krwi powodowała szczepionka okrężnicowa, n. p. ze 120—80 na 90—60, następnie gonokokowa, najmniejsze — durowa.

W ciągu następnych dni (3—4) po wstrzykiwaniu śródżylnem ciśnienie jeszcze nieco obniża się, od 5. zaś dnia zaczyna znów podnosić się dochodząc do poziomu, na którym było po ukończeniu odczynu bezpośredniego, podnosząc się niekiedy (w 3 prz.) do cyfr z okresu przed wstrzykiwaniem. Określić stosunek stały między dawką szczepionki i stopniem obniżenia ciśnienia krwi nie jest możliwe; natomiast spostrzega się pewną współzależność natężenia odczynu i obniżenia ciśnienia krwi — im silniejszy odczyn, tem większe obniżenie ciśnienia krwi. Obniżenie ciśnienia krwi w równej mierze dotyka ciśnienia maksymalnego i minimalnego.

Zmiany leukocytów krwi nie były stałe: ilościowe zmiany, spostrzegane w 15 przypadkach, przedstawiały się następująco: 1) po wstrzykiwaniu szczepionki durowej (4 przyp.) liczba leukocytów w 2 nie uległa zmianie, w 2 innych bezpośrednio po ukończeniu dreszczu spadła; 2) szczepionka okrężnicowa (7 przyp.) po ukończeniu dreszczu zwykle dawała podniesienie liczby leukocytów; 3) szczepionka gonokokowa (4 przyp.) w 3 przypadkach dała obniżenie liczby leukocytów o 500—1000 i w 1 podniesienie o 1000. Dane te bardzo niestałe nie mogą służyć do oparcia wniosków.

Wzór leukocytów w 5 prz. był badany w okresie przed wstrzykiwaniem śródżylnem szczepionki i po ukończeniu dreszczu. Najczęściej liczba limfocytów zwiększa się po wstrzy-

kiwaniu kosztem leukocytów obojętnochłonnych, powiększa się również odsetek leukocytów eozynochłonnych (w przypadkach poszczególnych do 5,34%).

Sprawa zmian odczynowych krwi po wstrzykiwaniu śródżylnem szczepionki durowej w piśmiennictwie była podnoszona przez szereg autorów; tak Holler zaznacza występującą na początku okresu odczynowego leukopenję kosztem leukocytów wielojądrzastych (ilość limfocytów często znacznie zwiększa się), zaś po 7 godzinach (przeciętnie) leukocytozę (leukocyty wielojądrzaste obojętnochłonne) i często limfopenję. Pomyślny wynik leczniczy i poronny spadek ciepłoty daje charakterystyczne dla ozdrowieńców zmiany krwi w postaci leukocytozy z względną i absolutną limfocytozą i eozynofilją. Lövy zaznacza podniesienie ilości leukocytów po każdem wstrzykiwaniu, jakkolwiek Rhein twierdzi, że leukopenja trwa i po wstrzykiwaniach i liczba ciałek eozynochłonnych zwiększa się.

Narządy oddechowe jakichkolwiekbądź objawów odczynowych, poza przyśpieszeniem oddechu, nie dają. Zapalenie płuc spostrzegaliśmy 5 razy, w tem w 3 przyp. wystąpiło ono przed wstrzykiwaniem śródżylnem szczepionki, w 2 zaś przypadkach po wstrzykiwaniu. Wstrzykiwanie śródżylne, zastosowane w przebiegu zapalenia płuc, nie oddziaływa nań ujemnie, a więc pod tym względem nie możemy zgodzić się z twierdzeniem Holler'a, uznającego jakiekolwiekbądź powikłania ze strony dróg oddechowych za przeciwwskazanie do stosowania szczepienia śródżylnego. Wręcz przeciwnie jeden z nas (Ławrynowicz) spostrzegał wyraźnie dodatni wpływ szczepień śródżylnych na przebieg zapalenia płuc zrazikowego w durze brzusznym.

Przewód pokarmowy objawów odczynowych ogniskowych wcale nie dawał. Pewne natężenie tych objawów (rozwolnienie) występowało w oddzielnych przypadkach, jednakże najczęściej objawy jelitowe bądź nie ulegały zmianie, bądź polepszały się. Wszystkie trzy stosowane szczepionki w tym względzie nie różniły się wcale. Teoretyczna obawa odczynu ogniskowego w owrzodzeniach jelitowych po śródżylnem stosowaniu szczepionki w praktyce ma bardzo małe znaczenie, jakkolwiek piśmiennictwo wykazuje przedziurawienia i krwotoki jelitowe (Śladek i Kotłowski). Obawa tego odczynu ogniskowego tem bardziej przemawia za stosowaniem szczepionek nieswoistych (b. coli, gonococcus).

Śledziona szybko po wstrzykiwaniu śródżylnem zmniejsza się w wymiarach.

Co się tyczy wyników leczniczych, to wyleczenie poronne spostrzegaliśmy tylko 4 razy, przyśpieszone zakończenie — 8 razy; reszta przypadków dała zakończenie sprawy chorobowej po 8—14 dniach (po wstrzyk. śródżylnem) — w 7 prz., po 14—21 dniach — w 10 przyp., wyżej nad 21 dzień — w 3 prz. Przewlekły przebieg powodowały powikłania (5 przyp. zapalenia płuc, 2 przyp. zapalenia gruczołu przyusznego, zapalenie pęcherzyka żółciowego i t. d.), w 2 prz. nawroty. Podane daty przedstawiają ostateczny spadek ciepłoty do poziomu normalnego. Charakteryzując wyniki lecznicze w naszym materjale powinniśmy powtórzyć zdanie Biedl'a, twierdzącego, że wyniki przedmiotowe wakcynoterapji śródżylnej są gorsze od podmiotowych; ciepłota po wstrzykiwaniu przebiega na poziomie niższym, samopoczucie chorych polepsza się, status typhosus, bóle głowy, natężenie zatrucia występują rzadziej i w stopniu mniejszym. Względnie małą liczbę przypadków wyleczenia poronnego możemy uzależnić od stosowanej przez nas małej dawki szczepionki (15—80 miljonów), połączonej z łagodnemi objawami odczynowemi. Dawkowanie znaczniejsze, jak to przedstawia piśmiennictwo i jak to wynika z doświadczenia osobistego (Ławrynowicz), połączone z burzliwym, niekiedy, okresem objawów odczynowych, znacznie częściej daje wynik leczniczy poronny. Natężenie objawów odczynowych zależy w pewnym stopniu od własności antygenu. Różne szczepionki dają objawy o różnym stopniu natężenia; tak szczepionka durowa powoduje odczyn najsilniejszy, natomiast gonokokowa najsłabszy. Stosunek tych dwóch szczepionek schematycznie możemy określić w sposób następujący: aby otrzymać jednakowy stopień objawów odczynowych należy koniecznie stosować dawkę szczepionki gonokokowej trzykrot nie przenoszącą dawkę szczepionki durowej.

Zejść śmiertelnych mieliśmy 3. 1) Szczepionkę zastosowano w 18. dniu choroby przy ciężkich objawach zatrucia durowego i obustronnego zapalenia płuc zrazikowego, śmierć w 22. dniu choroby; 2) wstrzykiwanie w 14. dniu choroby, śmierć w 26. dniu przy objawach ciężkiego zatrucia durowego ogólnego; 3) wstrzykiwanie w 10. dniu choroby, ostateczny spadek ciepłoty do normy w ciągu 5 dni i po 3 dniach ciepłoty normalnej śmierć wskutek tężca. Z tych 3 przypadków pierwszy nie rokował żadnej nadziei zejścia pomyślnego od pierwszej chwili wstąpienia na oddział szpitalny, trzeci zmarł z przyczyny nie pozostającej w żadnej zależności od cierpienia zasadniczego.

Własne spostrzeżenia kliniczne, aczkolwiek nieliczne i niedość systematyczne, mogą być zestawione w sposób następujący: 1) Ciśnienie krwi bezpośrednio po zastrzyknięciu śródżylnem szczepionki nieco obniża się i w przypadkach poszczególnych w ciągu okresu dłuższego (do tygodnia) nie powraca do cyfr normalnych, co jest zwłaszcza właściwe szczepionce l. okrężnicowej; 2) sfigmogramy wykazują, że natychmiast po ukończeniu dreszczu odczynowego dwubitność tętna niemal zupełnie znika; 3) bezpośrednio po ukończeniu dreszczu występuje leukopenja (zwłaszcza po szczepionce durowej i gonokokowej); 4) najwybitniejsze objawy odczynowe powoduje szczepionka durowa, za nią szczepionka okrężnicowa, zaś najsłabsze — szcz. gonokokowa; 5) małe dawki szczepionek (35—80 milj.), dające poronny wynik leczniczy w nieznacznym odsetku przypadków, wywierają wpływ dodatni na przebieg duru brzusznego i samopoczucie chorych; 6) śródżylna metodyka wakcynoterapji może być stosowana przy objawach zastawkowych wad serca w przypadkach zrównoważonych.

III. Wynik leczniczy poronny, po zastosowaniu śródżylnem szczepionki, bądź swoistej, bądź nieswoistej, nie może być teoretycznie uzasadniony na podstawie współczesnych danych, dotyczących działania niweczników na antygen — las. durową. Niezwykle krótki okres (niekiedy 6—8 godzin), w ciągu którego następuje likwidacja sprawy durowej, jest zbyt krótkotrwały, aby można było przypuszczać swoiste działanie niweczników jako podstawę wyniku leczniczego. Ichikawa w pierwszej pracy w sprawie wakcynoterapji śródżylnej duru brzusznego wypowiada podobne przypuszczenie, nie popierając go wcale materjałem faktycznym. Dalsze spostrzeżenia względnie pobieżnie dotykają sprawy wahań miana niweczników swoistych po zastosowaniu leczenia śródżylnego. Lüdke, Rohonyi stwierdzają brak wyraźnego wzrastania miana niweczników w przypadkach o bardzo pomyślnym przebiegu.

Wobec braku dokładnego przedstawienia sprawy podjęliśmy dokładne zbadanie miana niweczników surowicy krwi w wyżej podanych przypadkach duru brzusznego, leczonych śródżylnie szczepionką swoistą i nieswoistą.

Ogółem zbadaliśmy 22 chorych; krew do badania braliśmy bezpośrednio przed wstrzyknięciem szczepionki i w ciągu dni następnych. Badaliśmy wskaźnik opsoniczny, miano bakterjolityczne (według metodyki Neisser-Wechsberg'a) i miano zlepne.

Wynik spostrzeżeń był następujący: na ogólną liczbę 22 przypadków mieliśmy 4 poronne wyleczenia (++), 8 przyp. z wpływem dodatnim na przebieg zakażenia (+) i 10 przyp. bez wyniku leczniczego. Wynik poronny osiągnęliśmy w jednym przypadku stosowania szczepionki swoistej i w trzech — nieswoistej.

W przypadkach poronnego lub dodatniego działania szczepień śródżylnych nie spostrzegaliśmy znacznego wzmożenia miana niweczników względem laseczki durowej, które byłoby wystarczające do zrozumienia wyniku leczniczego. Pewne wzmożenie się własności opsonicznych surowicy względem las. durowej w równej mierze było spostrzegane w przypadkach, w których klinicznie wstrzykiwanie nie wykazało żadnego wpływu na dur brzuszny. Odwrotnie, w szeregu przypadków o pomyślnem działaniu leczniczem, wskaźnik opsoniczny dla l. durowej obniżał się. Własności bakterjo-

lityczne surowicy krwi też ulegały nieraz obniżeniu po zastosowaniu szczepionek śródżylnie. Również miano zlepne ulegało obniżeniu, w mniejszym jednakże stopniu.

Należy zaznaczyć, że obniżenie miana niweczników w dalszym ciągu choroby ulega wyrównaniu i powolnemu podniesieniu się, jednakże to podniesienie, nie przenoszące miana spostrzeganego w przypadkach ujemnych pod względem leczniczym, rzecz naturalna, nie wyjaśnia wyniku leczniczego*).

W ten sposób stwierdzamy, że wynik leczniczy nie polega na szybkiej i obfitej produkcji niweczników; zmiany zachodzące w ustroju, prawdopodobnie, odbywają się po za ramami odczynu swoistego.

IV. W chwili obecnej nie mamy jeszcze rozwiązania zagadnienia mechanizmu działania leczniczego śródżylnego zastosowania szczepionek. Wypowiadane w tym względzie mniej lub więcej uzasadnione poglądy i przypuszczenia dopiero wskazują wytyczne dokładnego opracowania sprawy.

Liczni badacze (Riedl, Gröer, Lüdke i inni) objawy odczynowe po wstrzykiwaniu śródżylnem szczepionek traktowali jako przejawy stanu anafilaktycznego. Rzeczywiście, jak wynika z wyżej podanej analizy klinicznej okresu odczynowego, objawy spostrzegane zawierają szereg cech właściwych zespołowi wstrząsu anafilaktycznego (spadek ciepłoty, obniżenie ciśnienia krwi, leukopenja z leukocytozą następczą i zwiększeniem ilości leukocytów eozynochłonnych). Teoretycznie dopuszczalne było przypuszczenie, że uczulony przez zakażenie ustrój, po śródżylnem zastosowaniu szczepionki, przebywa wstrząs anafilaktyczny. Pogląd ten znalazł zaprzeczenie w podanych przez R. Kraus'a spostrzeżeniach nad wakcynoterapją nieswoistą. Odczyn anafilaktyczny posiada cechy swoistości, wynik i objawy wakcynoterapji śródżylnej pozbawione są tej własności.

Szersze uznanie spotykają poglądy Weichardt'a, traktującego wakcynoterapję śródżylną jako jeden ze sposobów pozajelitowego działania ciał białkowych, powodujących stan tak zwanego »uczynnienia pierwoszczy (protoplazmy)«, z natężeniem czynności wszystkich narządów i komórek poszczególnych (mięśnie, gruczoły o wydzielaniu zewnętrznem zmiany krwi — leukocytoza, wzmożenie się krzepnięcia krwi i t. d.). Wzmożenie stanu odporności względem czynnika chorobotwórczego stanowić ma jeden z przejawów tego stanu »uczynnienia«. Z tego punktu widzenia wakcynoterapja śródżylna jest to »terapja podrażnienia i podniecenia«. Wynik leczniczy może być rozpatrywany jako zjawisko adsorbcji; pozajelitowe wprowadzenie do ustroju wszelakiego białka może adsorbować krążące we krwi endotoksyny, przez co powstają bardziej sprzyjające warunki wyleczenia.

Bohomolec przypuszcza, że likwidacja sprawy zakaźnej odbywa się wewnątrzkomórkowo — w pierwoszczy, drogą wiązania dopełniacza przez nieswoiste dwuchwytniki dla laseczki okrężnicowej; to wiązanie zmniejsza okresowo wydzielanie się endotoksyny i obniża przez to objawy zatrucia ustroju; brak możliwości szybkiego odnowienia i wytworzenia dopełniacza czyni komórki niewrażliwemi na działanie endotoksyny, ulegającej wspólnie z bakterjami zniszczeniu przez bardziej energiczne pod względem zaczynowym białe ciałka krwi.

Paltauf w porażeniu ośrodka cieplnego, występującem po podrażnieniu przez białka bakteryjne wprowadzone dożylnie, widzi przyczynę spadku ciepłoty; Laxl przypuszcza, że gorączka nadmierna potęguje tworzenie się niweczników i leukocytów; Mauté, Holler i inni przypuszczają, że można wyjaśnić zagadnienie działania szczepień śródżylnych przez dokładne badanie własności zaczynowych krwi.

Żaden z poglądów podanych nie spotkał uznania ogólnego.

Pracę niniejszą traktujemy jako orjentacyjną, pod wielu względami wymagającą dalszego opracowania w szerszym zakresie.

*) Odnośnej tablicy nie podaję ze względu na trudności techniczne (autor).

Dr. Józef HELD. Warszawa

Z kazuistyki szpitalnej.

Z oddz. I-ego Szpit. Wolskiego. Ord. Dr. Anastazy Landau.

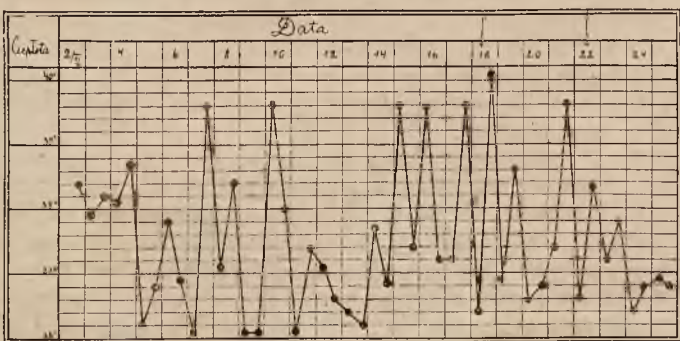
I. Przypadek wyleczonej posocznicy gronkowcowej przypuszczalnie pochodzenia zębowego.

G. M. lat 26, student, przybył na oddział 20-ego dnia choroby. Choroba, po kilku dniach niedomagania, zaczęła się od bólów głowy, dreszczyków, gorączki, bólów kończyn, przeważnie dolnych, łamania w okolicach stawów. Od tej pory wciąż gorączkuje; ciepłota do 40°, niekiedy z przerwami do 24 godzin; podskoki gorączki poprzedza niekiedy bardzo silny dreszcz. Pozatem wybitne osłabienie ogólne, bóle w kościach rąk i nóg, nieznaczne dolegliwości w okolicach stawów; zupełny brak apetytu; zaparcie i biegunka naprzemian. Żadnej rany, skaleczenia i t. p. nie przypomina sobie. Do chorób wenerycznych nie przyznaje się. Zamłodu chorował tylko na zapalenie płuc. Siostra przed pół rokiem zmarła na zapalenie wsierdzia podostre złośliwe (endocarditis lenta), potwierdzone bakterjologicznie.

Stan obecny po przybyciu na oddział, dn. 15. III. 1922 r. Ciepłota 39.6. Tętno 114, miarowe, słabego napięcia. Oddechów 18. Budowa prawidłowa, odżywienie podupadłe. Zabarwienie powłok skórnych i błon śluzowych wybitnie blade. Na skórze całego ciała, a zwłaszcza na wyprostnej powierzchni kończyn dolnych obfita wysypka guzkowa; guzki barwy różowej, blednące na ucisk, wielkości od ziarna soczewicy do monety 20 fenigowej; niektóre z nich wystają ponad powierzchnię skóry i są bolesne na ucisk (rumień guzowaty). Jama ustna: język obłożony suchym nalotem, drżący. Pnie zębów I-ego trzonowego górn. prawego, I-ego trzon. górn. lew., I-ego trzon. lew. dolnego sprochniałe. Błona śluzowa gardzieli i łuków prawidłowo zabarwiona. Migdały nie powiększone. Gruczoł podszczękowy prawy powiększony, wielkości fasoli, dość twardy. W płucach poza wydechem przedłużonym w prawym szczycie — zmian niema. Serce: granice prawidłowe, tony czyste. Wątroba niemacalna. Śledziona powiększona: górną granicę wypukuje się w 7 międzyżebrzu, niemacalna. Odruchy ścięgniste prawidłowe. W moczu: ślady białka, urobilinogen +, urobilina +. Badanie krwi morfologiczne stwierdziło znaczną niedokrewność z leukocytozą i neutrofilją: 1) czerwonych ciałek 2.020.000, 2) hemoglobiny (Sahli) 59%, 3) wskaźnik barw. 0.97, 4) białych ciałek 17.500, 5) wzór leukocytowy: obojętnochłonnych 91 %, mał. limfoc. 6%, d. monoc. 1 %, przejśc. ½%, eozyn. ½%, 6) płytki w ilości prawidłowej, 7) w czerw. c. nieznaczna anisocytoza i pojkilocytoza. Badanie krwi bakterjologiczne za pomocą posiewu wykazało w czystej hodowli gronkowca złocistego (Państw. Zakł. Epid. m.). Chory na wstępie poddany był leczeniu salicylatem sodu, po 6 gr. dziennie. Po trzech dniach tej kuracji można było zauważyć (18. III.), że wysypka znacznie przybladła i że ilość wykwitów skórnych wybitnie zmalała, natomiast ciepłota i dreszcze utrzymywały się bez zmiany (patrz krzywa) Dn. 18. III. choremu usunięto I-szy pień i wstrzyknięto śródmięśniowo 6 cm. mleka wyjałowionego. Ciepłota tegoż dnia podniosła się do 40°, nazajutrz najwyższa ciepłota wynosiła 38.5°, a zaś trzeciego dnia 20. III. temp. była zupełnie prawidłowa. Samopoczucie poprawia się, wysypka zginęła zupełnie. Ponowne badanie krwi morfologiczne wykazało zmniejszenie się niedokrewności ogólnej, jak również leukocytozy: 1) czerw. ciał. 2,30 .000, 2) hemoglob. 52 %, 3) wskaźnik barwny 1.0, 4) białych ciałek 11.500, 5) wzór leukocytowy: neutrof. 88%, mał. limf. 8%, d. monoc. i przejśc. 3½%, eozyn. ½%, 6) płytki w ilości prawidłowej, 7) czerw. c. — zmian morfologicznych w budowie brak. Dn. 21. III. występują przed południem dreszcze i ciepłota podnosi się znowu do 39.5°, dn. 22. III. choremu usunięto pozostałe 2 pnie sprochniałe oraz wstrzyknięto 10 cm. mleka wyjałowionego. Ciepłota podniosła się tegoż dnia do 38.3°, dn. 23. III. wynosiła ona już tylko 37.5°. Od tego czasu chory zupełnie przestał gorączkować. Krew badana 27. III., czyli po 4-ch dniach stanu bezgorączkowego wykazała ilość leukocytów w 1 mm. 8.100 w tem neutrof. 64%, mał. limf. 29%, duż. monoc. i przejśc. 5%, eozynof. 2%. Śledziona wróciła do normy; górny jej brzeg wypukuje się na 9-tem żebrze. Chory zaczął szybko powracać do zdrowia. Po dwóch tygodniach stanu bezgorączkowego, przybrawszy na wadze 6 kilo, wypisany został zupełnie zdrów. Przez cały czas stanu gorączkowego chory nie przestawał przyjmować dziennie po 6 gr. salicylatu sodu, którego dawkę po spadku ciepłoty zmniejszyliśmy do 3 gr. pro die

W przypadku opisanym powyżej cały zespół objawów (ciepłota o typie przepuszczającym z silnemi dreszczami — patrz krzywa, — znaczna leukocytoza z przesunięciem wzoru w stronę obojętnochłonnych, powiększona śledziona, objawy wtórnej niedokrwistości) przemawiał za tem, że mamy do czynienia z posocznicą. Wykrycie w hodowli ze krwi gronkowca złocistego ostatecznie potwierdziło nasze przypuszczenie. Najważniejszem zadaniem w naszym przypadku, jak zresztą w przebiegu każdej posocznicy, było odnalezienie wrót zakażenia, czyli innemi słowy, źródła, skąd drobnoustroje z pewną prawidłową okresowością ciągle dosta-

wały się do krwiobiegu, wywołując ciężkie napady gorączkowe i objawy bakteryjnego zatrucia ustroju. Z jednej strony brak jakichkolwiek obrażeń powłok zewnętrznych u na-



szego chorego, z drugiej zaś brak zmian chorobowych w narządach wewnętrznych, jak: pęcherzyk żółciowy, wyrostek robaczkowy, drogi moczopłciowe, które najczęściej prowadzą do posocznicy z udziałem pałeczki okrężnicy lub innych drobnoustrojów, skierował naszą uwagę na jamę ustną i gardło, albowiem obecność paru spróchniałych pni zębowych wraz z powiększeniem prawego gruczołu podszczękowego były wyraźnym drogowskazem, gdzie szukać należy źródła zakażenia. Salicylat sodu, zastosowany od początku na naszym oddziale, bardzo efektownie podziałał na wykwity skórne, ale nie był w stanie znieść ataków dreszczów i gorączki. Dopiero po usunięciu spróchniałych pni zębowych nastąpił zasadniczy zwrot w przebiegu choroby. W naszym przypadku niezwykle czułym barometrem w przebiegu choroby było zachowanie się leukocytozy. Zaraz po usunięciu pierwszego pnia ilość ciałek białych spadła z 17 do 11½ tysięcy, po usunięciu następnych pni do 8 tys. ze znacznem odsetkowem zmniejszeniem się ciałek obojętnochłonnych (z 91% do 64). Z innych środków leczniczych w naszym przypadku stosowaliśmy jeszcze śródmięśniowe zastrzyknięcia mleka. Jakkolwiek są opisywane przypadki wyleczenia posocznicy przez wstrzykiwania mleka (Hübrich[1]), u nas Ziembowski[2]), to jednak większość autorów, między innymi Schittelhelm[3]) i Bocheński[4]), nie widzi w proteinoterapji środka, mogącego zasadniczo wpłynąć na przebieg posocznicy. Sądzę, iż u naszego chorego zastrzyknięcia mleka odegrały rolę co najwyżej pomocniczą.

Amerykańscy autorowie już dawno zwrócili uwagę na schorzenia jamy ustnej wogóle, a zębów w szczególności, jako częste źródło zakażenia ogólnego ustroju (t. zw. »oral sepsis« autorów amerykańskich). Przedewszystkiem więc migdały, dzięki swej zatokowej budowie, stanowią wygodne siedlisko dla drobnoustrojów i niejednokrotnie bez wyraźnych objawów miejscowego odczynu zapalnego prowadzą do ogólnego zakażenia ustroju. Następnie stany zapalne błony śluzowej jamy ustnej, a niekiedy najdrobniejsze jej uszkodzenia mogą prowadzić do ciężkiej posocznicy paciorkowcowej lub gronkowcowej. Zwłaszcza zęby spróchniałe, tworząc wygodne podłoże dla rozmnażania się najróżniejszego rodzaju tlenowców i beztlenowców, są częstem źródłem zakażenia; stąd drobnoustroje dostają się do krwiobiegu, bądź drogą naczyń limfatycznych dziąseł, bądź też przez naczynia krwionośne szpiku kości szczękowych. Zakażenia z zębów najczęściej wywołują paciorkowce, a mianowicie pac. hemolizujący (str. haemoliticus) i pac. zieleniejący (str. viridans); według Osborne'a[5]) i Passlera[6]) do zakażeń zębowych przyczynia się również gronkowiec złocisty. Badania doświadczalne oraz spostrzeżenia kliniczne niejednokrotnie stwierdzają ścisłą łączność między schorzeniami narządów wewnętrznych a sprawami chorobowemi, toczącemi się w zębach. Rosenow przez zastrzyknięcie dożylne królikom paciorkowców, wyhodowanych z ropni zębodołowych, wywołał u nich doświadczalnie owrzodzenia żołądka i dwunastnicy. Lederer[7]), Goldmann[8]), Rozenblatt[9]) podkreślają ścisłą łączność między gośćcem stawowym a ogniskami zapalnemi wokół wierzchołków zębowych. Goadby[10]), zastrzykując królikom w okolice stawów drobnoustroje, otrzymane z ropni zębodołowych u chorych na reumatyzm stawowy lub mięśniowy, otrzymywał u nich zapalenie stawów. Amerykanin Fischer[11]) posunął się najdalej; opierając się na badaniach Rosenow'a, który zdołał u psów przez wstrzykiwanie paciorkowców, pochodzących z ropni zębodołowych, wywołać objawy nadmiernej czynności gruczołu tarczowego, Fischer usuwał chorym, dotkniętym chorobą Basedowa chore zęby i jakoby otrzymywał dobre wyniki lecznicze. W jednym jego przypadku usunięcie spróchniałego zęba przyczyniło się do ustąpienia niemiarowości tętna, wywołanej przez ognisko zapalne w pęczku Hissa. Jednak tego rodzaju poglądy radykalne spotkały się z żywą krytyką. Schottmüller[12]), chociaż uznaje możliwość powstawania ostrej posocznicy pochodzenia zębowego, to jednak, opierając się na dużym materjale klinicznym, uważa je za przypadki nieczęste. Bądź co bądź, nie ulega żadnej wątpliwości, iż zdarzają się przypadki posocznicy, w których źródłem choroby (Passler[6]), Ritter i inni) są chore zęby, i w których usunięcie tych ostatnich przerywało posocznicę. Do tej samej kategorji przypadków należał i nasz, w którym posocznicę wywołał gronkowiec złocisty. To też w każdym przypadku posocznicy w celu wykrycia wrót zakażenia, należy zwracać baczną uwagę na zęby, nie zaniedbując również badania radjograficznego, albowiem zdarzyć się mogą (Tellier) przewlekłe zapalenia wierzchołków zębowych, które przebiegają całkiem skrycie bez wszelkich objawów klinicznych.

Piśmiennictwo.

1) Hübrich: Med. Kl. Nr. 6/21. r. — 2) Ziembowski: P. Gaz. lek. Nr. 56/21. — 3) Schittelhelm: M. Kl. N. 30/22 r. — 4) Bocheński: P. Gaz. L. N. 26/22 r. — 5) Osborne: Zblt. f. Chirurgie, str. 569/22 r. — 6) Passler: Therapie d. Gegenw. 1915 r. — 7) Lederer: M. Kl. 21/22 r. — 8) Goldmann: W. Kl. W. 1912. — 9) Rosenblatt: M. Kl. 1921. — 10) Goadby: D. m. W. 1911. 11) Prof. Fischer: Erkrank. der Mundhöhle in Beziehung zu Allgemeinerkrankungen. — 12) Schottmüller: D. M. W. N. 6/22 r. — 13) Tellier Revue de Stomatologie str. 250/1921 r.

Antoni SABATOWSKI. Lwów.

O wpływie bodźców fizykalnych na zachowanie się czerwonych ciałek krwi.

(Z Zakładu Patologji Ogólnej U. J. K. Dyr. Prof. Dr. M. Franke.)

Dokończenie.

Jak przychodzi do skutku ten odczyn? Sądzę, że szukanie jego wytłumaczenia jedynie w stanie narządu krążenia lub w zmianach narządu krwiotwórczego jest zbyt ciasne i dlatego daje tyle sprzeczności i niejasności. W tłumaczeniu mojem wychodzę z założenia najogólniejszego, jakiem jest stwierdzenie, że wszystkie te bodźce są przedewszystkiem nieswoiste i działają zwykle ogólnie, co znajduje swój wyraz w stanach ogólnych, jak obniżenie ciśnienia krwi, wahania ciepłoty i t. d. Działanie tych bodźców jest ergotropowe; pobudzają one (2) czynność, sprawność i przemianę materji w komórkach albo całego ustroju, albo — przy miejscowych i słabych bodźcach, tylko w komórkach pewnych narządów lub okolic ciała. Wzmożony przy tem rozpad pierwoszczy, to jest przemiana wysokodrobinowych ciał białkowych na niskodrobinowe związki, powoduje wzmożone ciśnienie osmotyczne w podrażnionych tkankach (Asher, Ritter i Schade). Dla wyrównania ciśnień przyciągają te tkanki zwiększoną ilość wody. Im większe jest przyśpieszenie przemiany materji oraz im większe masy tkanek znajdują się w tym stanie, tem gwałtowniejsze jest także zapotrzebowanie wody ponad zwykłą normę. To zapotrzebowanie zwiększone musi być na razie (oczywiście, po zużyciu wpierw własnych zapasów wody) pokryte wodą krwi, dopóki dowóz z zewnątrz oraz pewna, niewielka ilość wody, wytworzonej w ustroju nie wyrównają tego nadzwyczajnego ni doboru. Łatwo pojąć, jak ogromne może być zapotrzebowanie ustroju wtedy, gdy podrażniony jest cały ustrój i to w takim stopniu, że przychodzi do znaczniejszej gorączki. Tem się

tłumaczy, że śródmięśniowy zastrzyk 10 cm³ mleka da znacznie silniejszą hyperglobulję, niż wlanie dożylne 60 do 80 cm³ wody przekroplonej (Sobierański). Silny rozpad pierwoszczy w czasie krótkiej a wysokiej gorączki daje też silny przyrost erytrocytów (4). Takie tłumaczenie czyni zrozumiałem spostrzeżenie Ilkiewicza, że przy ustaniu gorączki, spowodowanej wlaniem dożylnem, wystąpiły bardzo obfite poty. Szybkie zahamowanie nadmiernego rozpadu białek komórkowych powoduje szybkie wystąpienie nadmiaru wody w tkankach. Woda ta uszła z potami. Hyperglobulję przed przełomem zapalenia płuc i rozpływne poty oraz wybitną poliurję po przełomie tłumaczę sobie w ten sam sposób. Przypominam też, że poliurja jest taksamo stałem zjawiskiem po ustaniu gorączki jak po pracy mięśniowej, miesieniu, kąpielach anizotermicznych, a nawet po płukaniu jam ciała bez pozostawienia w nich wody (Sabatowski i Kmietowicz) (1). Wzrost diurezy po miesieniu wynosi 12 do 60% (Połubiński, Bum, Bendix), a podwiązanie żył odprowadzających krew z masowanej kończyny znosi ten odruch (Bum. Le Marinel). Ciśnienie krwi po miesieniu spada, a ciepłota ciała się podnosi, zwłaszcza w częściach masowanych. Podwyższenie ciepłoty mięśnia pracującego mierzyli już Helmholz i Heidenhain.

Jak wielkie może być zapotrzebowanie wody, dowodzi fakt, że turyści mogą stracić w ciągu jednodniowej wycieczki do 5 kg wagi, — o ile nie doprowadzają wody zasolonej (Laquer). Praca mięśni daje ogromne zapotrzebowanie wody. Spoczynki powodują przelewanie się niejako wody ze spoczywających mięśni. Stąd pochodzi cały spór o sposób powstawania polyglobulji w górach. Obecnie odróżniamy tam stany chwilowe od stałych, spowodowanych dostosowaniem do wymogów barometrycznych. Nie inny też mechanizm jest przyczyną znikania przesięków w doświadczeniach Böckera i Winternitza. O ile znikanie wysięków i nacieków pozapalnych jest wynikiem działania ergotropowego wprost, to znikanie przesięków jest nim ubocznie, a to przez sztuczne, nagłe zwiększenie zapotrzebowania wody w tkankach.

To jest zrąb mojego zapatrywania, do którego należy dodać trochę wyjaśnień. Przedewszystkiem co do powszechności wzmożenia przemiany materji we wszystkich wyżej przytoczonych przypadkach. Dla stosowania bodźców wodoleczniczych wystarczy przypomnieć, że wszystkie one mogą dawać wprost gorączkowe podwyższenie ciepłoty o ile stosowane są w znaczniejszem nasileniu (tzw. »Kurfieber«). Nasilenia łagodniejsze nie dają wprawdzie wyraźnej gorączki, t. j. ogólnego podniesienia ciepłoty, ale po wynikach leczniczych widzi się, że wzmożenie przemiany materji miało miejsce. Zresztą badanie bilansu ustroju daje tu cyfrowe dowody. Podwyższenie ciepłoty i takiesame wyniki lecznicze daje też stosowanie śródżylne bodźców (Ilkiewicz i inni), tosamo widzi się po bodźcach mechanicznych i promienistych.

Unverricht, podając tyreoidynę (0·1 do 0·2 p. dosi) chorym, u których rozpoznawał niedokrewność w łączności z niedomogą tarczycy, zauważył już po 30 min. od podania dawki, że ilość erytrocytów oraz hemoglobiny wzrastała, osiągając po 90 min. swe maximum (zwykle ok. 1·5 miljona c. czerwonych), poczem opadała napowrót, niezupełnie jednak. Stan ten stwierdził zarówno w naczyniach włosowatych jak i w tętnicach. Brak go było tylko przy niedokrwistości złośliwej. Doświadczenia te przemawiają za dwoistem działaniem tego bodźca, bo zarówno podnoszącem procesy spalania w tkankach, jak i wypłukującem zapasy erytrocytów ze szpiku, o ile te zapasy istnieją. Zjawisko to widzi się wszędzie przy wodolecznictwie w stanach niedokrwistości.

Tu trzeba się jednak stanowczo zastrzec przeciwko ocenianiu odwodnienia krwi jedynie zapomocą refraktometru. Zupełnie rozbieżne wyniki tych oznaczeń dowodzą, że białka krwi podlegają swoim własnym losom, dosyć niezależnie od zjawisk tu omawianych.

Hyperglobulja i podwyżki ciepłoty przed miesiączką i wśród choroby Basedowa, jakoteż hypoglobulja i hypotermia przy obrzęku śluzowatym tłumaczą się jasno przez samo zestawienie tych czynników. Ogólne »uczucie rozbicia« oraz zaostrzanie się spraw ogniskowych przed miesiączką jest bardzo charakterystyczne i przypomina żywo stany po zastosowaniu np ciał białkowych pozajelitowo. Znikanie pewnych mniejszych schorzeń wśród miesiączki jest u kobiet znane. Z drugiej strony zauważyli Zimmer i Schulz, że stosowanie pozajelitowe ciał białkowych usuwa wiele niedomagań i zmian w okresie przekwitania, co także hydroterapją daje się osiągnąć.

Wzmożenie się sprawności zmysłów po zabiegach, stosowanych na powierzchnię ciała jest rzeczą znaną, taksamo jak konieczna zależność wzmożonej sprawności od wzmożonej przemiany materji. H. Gessler (5) wykazał w swoich klasycznych doświadczeniach nad zużywaniem tlenu przez świeżo wyciętą skórę żywą lub hodowaną w pożywce, że wszelkie podrażnienie tej skóry (pozbawionej krążenia) bodźcem termicznym, chemicznym lub mechanicznym daje zwiększone zużycie tlenu, a zatem silniejszą przemianę materji*).

Doświadczenia te wykazują zatem, gdzie zapotrzebowanie wody rośnie przy podrażnieniu skóry i dlaczego obszar skóry ogrzany silniej, natarty, posmarowany kwasem octowym lub olejkiem gorczycowym i t. p. wykazuje hyperglobulję, podczas gdy inne obszary tejsamej skóry nie wykazują tego zjawiska. Hyperglobulja jest wyrazem silnego odciągania wody przez tkanki będące w hyperfunkcji, a przekrwienie jest objawem wtórnym, wywołanym przez produkty wzmożonej przemiany materji (Gessler). Przekrwienie polega na otwarciu ogromnej ilości zamkniętych dotychczas naczyń włosowatych. Objaw ten, zmniejszając opory na obwodzie krążenia, daje spadek ciśnienia tętniczego, tak ogólnie spostrzegany po zadrażnieniu przez wyżej wymienione bodźce. Lokalna hypertermja i lokalna hyperglobulja nie dadzą się wytłumaczyć inaczej jak przez procesy miejscowe w samej podrażnionej tkance. Wobec tego ogólną hypertermję i hyperglobulję trzeba tłumaczyć takąsamą zmianą, tylko uogólnioną.

Nie tylko bodźce, należące do zakresu fizjoterapji, jak promieniste, cieplne i mechaniczne, dają podwyższenie ciepłoty. Czynności fizjologiczne (praca mięśniowa, proces trawienia, okres przedmiesiączkowy) jak i patologiczne (biegunka z podrażnienia ścian jelitowych ostrym bodźcem, oparzenie I lub II stopnia na niezbyt wielkich przestrzeniach skóry lub śluzówek, stan po hemoglobinurji, nadmiar tyreoidyny w ustroju i t. d.), również idące w parze z hyperglobulją, wykazują równocześnie hypertermję okresową na dowód koniecznej łączności tych dwu zjawisk. Że w chorobach gorączkowych, dłużej trwających, hyperglobulja zdaje się być rzadkiem zjawiskiem (tak rzadko bada się dziś ilość erytrocytów!), ma to swą przyczynę w innych warunkach, a mianowicie w obfitem piciu wody przez chorych wysoko gorączkujących, którym stale dokucza pragnienie, a dalej w zabójczem działaniu na erytrocyty jadów drobnoustrojowych i wysokiej ciepłoty, podupadnięciu odżywienia oraz w długotrwałości sprawy. Woda bowiem, biorąca udział w przemianie materji, uchodzi z tkanek przeważnie do naczyń chłonnych (limfatycznych), któremi płynie bardzo powoli poprzez gruczoły limfatyczne aż do ujścia do żył tuż przed przedsionkiem prawym serca. W ten sposób woda ta jest tylko czasowo wykluczona z krążenia krwi. Przy nagłem wzmożeniu obrotu wody w pracujących lub podrażnionych tkankach jest odwodnienie krwi najwyraźniejsze w tym okresie czasu, jaki jest potrzebny dla uwolnienia wody z tkanek

*) W czasie korekty niniejszej pracy doszedł mię artykuł Vollmera o biologji skóry (w N-rze 41 Klin. Wochenschrift z 8. X. 1923), w którym autor wykazuje w pięknych doświadczeniach na człowieku, że drażnienie skóry śródskórnemi zastrzykami soli fizjologicznej, chlorkiem etylu, a także kąpielami wywołuje wybitny spadek kwasoty zarówno aktualnej jak całkowitej (potencjalnej) moczu, trwający godzinę i dłużej. Dowodzi to podniecenia procesu przemiany materji w ustroju. Vollmer dowodzi, że nie krążenie krwi tylko układ nerwowy autonomiczny przenosi ten odruch na cały ustrój i jego metabolizm. Potwierdza to słuszność moich zapatrywań.

oraz przebieżenia długiej drogi naczyniami chłonnemi aż do ujść żylnych. Po tym okresie tylko dalsze potęgowanie się przemiany materji i obrotu wody może dawać dalszy deficyt wody we krwi i hyperglobulję. Silny przyrost ilości limfy spostrzega się przy pracy mięśniowej, trawieniu, sztucznie wywołanych ostrych zapaleniach (np. zapomocą oparzenia — Cohnheim), po śródżylnie podawanych rozczynach hypertonicznych, po diatermji, po wstrząsie peptonowym i t. p. Naczynia chłonne wypełniają się limfą, która szybko wypływa (ewent. z kaniuli) obfitemi kroplami.

Wysokie i niskie ciepłoty działają zabójczo na erytrocyty. Dowodem tego jest niedokrewność chorych wysoko gorączkujących, palaczy przy kotłach i hutach, Europejczyków w krajach tropikalnych i t. d. Jako przykład działania zimna można przytoczyć niedokrewność po forsownych, zimnych kąpielach (nieraz widzi się żółtaczkowe podbarwienie spojówek!) a także hemoglobinurję z zimna, choć w tym przypadku zachodzi już stan nadwrażliwości ustroju. Wszystkie te bodźce w lekkich dawkach dają, jako następstwo zwiększonej erytroftenji, erytropojezę wzmożoną. Zatem jasne jest ukazywanie się młodych, a nawet jądrzastych erytrocytów po bodźcach, dających krótkotrwałą gorączkę. Sądzę też, że szukanie przyczyny odnowy erytrocytów może się dziś jeszcze zatrzymać na tem ogólnem stanowisku. Hemolizę wprost w osoczu krwi oraz żółtaczkę spostrzega się tylko po bardzo brutalnych bodźcach, jak wlewanie małym zwierzętom po kilka litrów wody przekroplonej dożylnie. Sądzę też, że nietylko chodzi tu o natychmiastową hemolizę, lecz także o poważne uszkodzenie miąższu wątroby przez wodę. Już bowiem po mniejszych dawkach, zauważyli Lamson i Rose pęcnienie wątroby. Także i zaburzenie czynności śledziony nie da się wykluczyć w tym przypadku.

Zresztą nie należy zapominać, że wszystkie te bodźce, które wywołują pojawienie się młodych postaci krwinek w krążeniu krwi, wywołują równocześnie leukocytozę wielojądrzastą drogą drażnienia szpiku kostnego wprost. O masowem ginięciu ciałek wielojądrzastych w okresie leukopenji nikt dziś nie myśli. Przypuszczam nawet, że w okresie zapadu wstrząsowego jedną z przyczyn ogólnego spadku liczby ciałek białych i czerwonych jest rozwodnienie krwi przez nagłe zmniejszenie zapotrzebowania wody w tkankach, na skutek zwolnienia procesów życiowych w tkankach (acidoza, Vollmer) i spadku ciepłoty ustroju. Kowalski zauważył też wybitne zmniejszanie się ilości limfy w pierwszym okresie działania zimna, tak na skórę zwierzęcia jak i na trzewia.

Wszystko to przemawia za tem, że wszystkie bodźce wyżej omawiane mają wpływ wybitny i bezpośredni na nasilenie procesów życiowych, a przez to na wszystkie tkanki w ustroju.

Należy teraz poświęcić jeszcze parę uwag praktycznej stronie tego zagadnienia, a mianowicie z punktu widzenia wodolecznictwa. Za daleko zaprowadziłoby nas omawianie całości tej sprawy (3), tu należy jedynie ogólnie wspomnieć, że piciu wody mineralnej do ostatnich lat przypisywali jedni tylko znaczenie wypłukujące dla ustroju, a drudzy także znaczenie farmakologiczne zawartych gazów i soli. Tymczasem mamy tu do czynienia także z czynnikiem ciepłoty i masy wody i to nietylko jako bodźca dla nerek i tkanek w myśl wywodów Volharda, ale też jako bodźca ogólnego, podnoszącego napięcie spraw życiowych w ustroju, bodźca ergotropowego. W tem oświetleniu zrozumiałem się staje picie wód mineralnych, zimnych lub gorących, rano naczczo, przy najrozmaitszych cierpieniach, w których wypłukiwaniu tkanek mechanicznemu żadnego znaczenia leczniczego przypisać nie można. Taksamo zrozumiałem jest, że widywano korzyści z picia wielkich ilości wód i to tak zimnych jak i gorących. W Akwisgranie stosowano do niedawna przy sprawach gośćcowych obok gorących kąpi li i natrysków z miesieniem także picie kilku litrów dziennie gorącej wody mineralnej!

Osobna uwaga należy się wodolecznictwu w schorzeniach, w których na pierwszy plan wysuwa się niedokrewność znacznego stopnia. W minionej właśnie epoce medycyny przyjmowano z uśmiechem pobłażania przepisy wodolecznicze dla niedokrewności następowej. Poza słońcem i świeżem powietrzem nie widziano nic, coby mogło w zdrojowisku wpłynąć na poprawę krwi. A jednak chorzy ci pili tam wody, nietylko »żelaziste«, ale i solankowe, zimne i gorące, kąpali się w borowinie i wodach mineralnych lub w zwykłej wodzie słodkiej, brali miesienie, używali ruchu i lekarze zdrojowi obstawali za skutecznością tego postępowania. Zmiany występujące we krwi, a opisane powyżej, są dowodem skutecznego drażnienia narządu krwiotwórczego zapomocą tych bodźców. Chorzy rzeczywiście się poprawiają, a ilość czerwonych ciałek krwi i hemoglobiny nieraz bardzo nawet szybko rośnie, szybciej niż w przypadkach leczonych tylko forsownem odżywianiem oraz lekami farmakologicznemi.

Że picie wody w nadmiarze daje w odniesieniu do krwi wręcz przeciwny wynik, wskazują doświadczenia H. Straussa na dwu dobrze odżywionych osobnikach, które po 8 dniach picia po 4·5 l. wody dziennie, przy niezmienionej wadze, wykazały znaczny spadek erytrocytów i hemoglobiny bez urobilinurji. Stan ten ustąpił dopiero po 14 dniach od zaprzestania doświadczeń.

Jest prawem biologicznem, że systematyczne powtarzanie bodźców ustala wyniki ich odczynów. Za przykład właśnie z dziedziny krwi i narządu krążenia posłużyć może doświadczenie Seyderhelma, który u lotników, ludzi zupełnie zdrowych i pełnokrwistych, zauważył stałą polyglobulję w okresie wykonywania codziennych wzlotów, nie dłuższych zresztą jak 1 do 2 godzinnych. Codzienne np. naświetlanie słońcem lub kwarcówką daje stałe obniżenie ciśnienia krwi u hypertoników. Przykładów takich możnaby przytoczyć mnóstwo.

Świadczy to wszystko za celowością systematycznego, codziennego stosowania bodźców hydrjatycznych u chorych niedokrewnych, przy równoczesnem otoczeniu ich wygodą i silnem żywieniu. Ponieważ te bodźce przyczyniają się ponadto do szybkiego ukończenia spraw chorobowych, które przebiegają z niedokrewnością i stanowią jej podłoże przyczynowe (przewlekłe sprawy zapalne, zatrucia i t. p.), przeto korzyści osiągane bywają przez to leczenie nieraz równocześnie na dwu drogach.

Dla uzupełnienia obrazu trzeba wspomnieć o usiłowaniach dotychczasowych leczenia niedokrwistości złośliwej. Zapatrywanie, że przyczyna choroby leży w przewodzie pokarmowym, spowodowało szereg usiłowań leczniczych, które służą jako dalszy ciąg niejako moich doświadczeń. I tak zalecano i próbowano: płukań żołądka (Pick) przez 3 do 4 tygodnie letnią wodą (t. j. hypotermiczną), płukań dwunastnicy zapomocą sondy Einhorna i 5 procentowego rozczynu siarczanu magnezowego o ciepłocie 40^0 a nawet i więcej (Böttner i Werner), płukań głębokich jelita grubego (Gravitz i Hunter). Każdym z tych sposobów uzyskiwano piękne poprawy stanu ogólnego i krwi, Gravitz podał nawet, że wyleczył jeden przypadek, czemu Pappenheim nie chce wierzyć. Seyderhelm miał znakomitą poprawę, trwającą długie miesiące, w trzech przypadkach, w których płukał okrężnicę przez sztuczny odbyt, umyślnie w tym celu założony w okolicy kątnicy. On sam, a później Moses i Warschauer wykazali ze znacznem prawdopodobieństwem, że ani w treści jelitowej, ani w gruczołach krezkowych niema żadnego czynnika, któryby można obwiniać o wywoływanie niedokrwistości złośliwej. Poprawę stanu chorych można zatem odnieść tylko do pobudzania ustroju drogą anizotonicznych lub anizotermicznych płukań.

Różne inne sposoby leczenia niedokrwistości złośliwej zaliczyć dziś trzeba również do metod pobudzania nieswoistego. Są to naświetlania Roentgenem, stosowanie wód radjoczynnych, łaźnie suche (Ortner), śródmięśniowe wstrzykiwanie krwi zlakowanej (A. Gross) lub wprost surowic. Po wszystkich tych zabiegach widzi się objawy wzmożonej odnowy krwi. Że wyleczeń się nie spotyka, nic w tem dziwnego wobec ciężkości sprawy, ale same poprawy świadczą dobrze o związku ich z bodźcami, gdyż odpada tu łatwy skądinąd zarzut, że ogólna poprawa zdrowia jest jedyną przyczyną polepszenia stanu krwi.

Że nietylko bodźce, o których wyżej była mowa, mogą z przewodu pokarmowego zadziałać na odnowę krwi zapomocą miejscowego drażnienia, dowodzi spostrzeżenie G. Lindberga. Podawał on przy niedokrewnościach wtórnych 2 3 gramów żelaza metalicznego (ferrum reductum) dziennie, a zatem dawkę 10 razy większą od zwykłej, nie spostrzegając przytem żadnych objawów ujemnych, jakie towarzyszą dawkom małym, a uzyskując znakomite poprawy nieraz już po 10 dniach stosowania, a zatem kilkakrotnie prędzej niż po dawkach małych. Ponieważ o wessaniu nawet małej części takiej dawki trudno myśleć, przyjmuje Lindberg działanie mechaniczne metalicznego żelaza na śródbłonki przewodu pokarmowego. Wobec powyżej omawianych doświadczeń moich uważam to zapatrywanie za słuszne.

Piśmiennictwo.

1) Sabatowski i Kmietowicz: Pol. Gaz. Lek. Nr. 23 r: 1923. — 2) Sabatowski i Kmietowicz: Ibid. Nr. 33 r. 1923. — 3) Sabatowski: Klimatoterapja oraz Hydroterapja Lwów 1923 str. 150 i nast., 205 i nast. (przedstawienie dotychczasowych poglądow). — 4) Semerau-Siemianowski i Milewski: O dożylnem wprowadzaniu wody przekroplonej. Zbior Prac z Kliniki Rzętkowskiego. Warszawa 1923. — 5) Gessler: Arch. f. exper. Pathol. u. Pharmak. Bd. 91, 92. r. 1922; Klin. Wochenschr. Nr. 25 r. 1923.

Sprawozdania poglądowe

Prof. Dr. L. KORCZYŃSKI. Kraków.

Wskazania dla leczenia klimatycznego i balneoterapeutycznego na ziemiach polskich.

Ciąg dalszy.

W rzędzie wskazań dla wewnętrznego używania tych wód należy postawić na pierwszem miejscu choroby narządu pokarmowego, jak nieżyt żołądka i jelit, przewodów żółciowych, kamica wątrobowa. W dalszym szeregu stoją nieżyty dróg moczowych i kamica nerkowa, oraz choroby przemiany pierwiastków, jak cukrzyca i podagra. Używanie tych wód jest wreszcie bardzo rozpowszechnione w ostrych i przewlekłych nieżytach narządu oddechowego.

Chorzy, dotknięci wyżej wymienionemi sprawami, tworzyć powinni materjał do leczenia także na miejscu w samem zdrojowisku. Odnosi się to wyłącznie niemal do Szczawnicy, bo Krościenko i Wysowa nie są jeszcze do tego przysposobione. Wiemy tymczasem, że materjał ten składa się przynajmniej w połowie z chorych gruźliczych. Niezbyt rzadko zjeżdżają do Szczawnicy chorzy w końcowym okresie suchot płucnych, z objawami ciężkiego zakażenia mięszanego, a nawet z ostrą prosówkową gruźlicą.

Daleki jestem od tego, aby twierdzić, że Szczawnica jest nieodpowiedniem miejscem dla leczenia gruźlicy. Muszę wszakże rzucić pytanie, czy słuszną jest rzeczą, aby cały teren zdrojowiska przesycać tą chorobą w tej mierze i w ten sposób, jak to się dzieje obecnie.

Nie mamy własnego Karlsbadu i nie możemy go wyczarować. Musimy go czemś zastąpić bodaj w małej części. Stworzyć natomiast możemy, ile nam się podoba, leczenie dla gruźlicy w rodzaju Görbersdorfu, Reidoldsgrünu, Neudorfu, Alandu i wielu innych i pomieścić w nich ten wielki zastęp chorych gruźliczych, których nie brak niestety w żadnej warstwie społecznej. Obok prywatnej inicjatywy współdziałać tu powinna, i to w wyższej jeszcze mierze, także inicjatywa zbiorowa. W pierwszym rzędzie odwołaćby się należało do tak już potężnych finansowo instytucyj, jak liczne Kasy Chorych.

Poruszona w tej chwili sprawa tworzy jedno z najbardziej piekących zagadnień. Zająć się nią trzeba jaknajrychlej w interesie chorych gruźliczych, a w danym przypadku także w interesie innych chorych, których suchoty wypierają ze Szczawnicy, oraz w interesie samego zdrojowiska, obdarzonego tak bardzo szczodrze przez przyrodę, a tak bardzo zaniedbanego i sponiewieranego przez ludzi.

Grupę drugą szczaw polskich tworzą wody zawierające w rozczynie większe ilości dwuwęglanów wapna, magnezu i żelaza. Przedstawicielkami ich są szczawy wapniowo-żelaziste Krynicy i Żegiestowa w Małopolsce, po części także Nałęczowa i Sławinka w ziemi Lubelskiej.

W przeciwieństwie do innych naszych szczaw nie nadają się szczawy żelazisto-wapniowe do leczenia poza obrębem posiadających je zdrojowisk. Pomimo bardzo wielu starań nie powiodło się dotychczas rozwiązać sprawy napełniania flaszek temi wodami w taki sposób, aby uchronić wodę przed rozkładem i przed wypadaniem z rozczynu wapna i żelaza. Tej ujemnej strony nie posiadają wody tzw. w tyrolowe, zawierające żelazo w postaci soli kwasu siarkowego, z zasady prawie obok soli arsenu. Cieszą się one znacznem rozpowszechnieniem. Niestety nie posiadamy ich zupełnie na ziemiach polskich. Wśród wielu tego rodzaju wód zagranicznych zasługuje na wyróżnienie woda srebrenicka ze zdroju Gubera w Bośni. Polecić ją mogę jak najlepiej na podstawie własnego długoletniego doświadczenia.

Wskazania dla leczenia w naszych zdrojowiskach szczaw wapniowo-żelazistych są wcale obszerne. Najdawniejsze z nich dotyczy stanów niedokrewności, różnego pochodzenia i blednicy, zwłaszcza tej postaci, która się wiąże z niedokształceniem serca i naczyń. Z dalszem jego rozwinięciem łączy się leczenie licznych przypadków zaburzeń czynnościowych w miesiączkowaniu, nerwic płciowych i niepłodności u wątłych, niedokrewnych kobiet, oraz rozwijających się na tle niedokrewności nieżytów pochwy i macicy. Szczawy żelaziste, podawane do picia i przyrządzane z nich kąpiele, działają jako bodziec krwiotwórczy i zjędrniają ustrój we wszystkich jego częściach. Z tym samym zamiarem kierujemy do zdrojowisk żelazisto-wapniowych chorych osłabionych przebytemi chorobami zakaźnemi, oraz chorych z objawami nerwic ogólnych, jak histerja i neurastenia, za których tło przyjmować można ogólne osłabienie. Wcale wdzięczny materjał tworzą także nerwice wegetatywne, powstałe jako następstwo wadliwej czynności sympatycznego i parasympatycznego układu nerwowego, względnie jako skutek zaburzeń w hormonotwórczej czynności gruczołów z wydzielaniem wewnętrznem.

Do leczenia nadają się dalej chorzy z nieżytami żołądka i jelit, z nieżytem pęcherza i miedniczek nerkowych, szczątkowemi zmianami w nerkach po przebytem ostrem zapaleniu, a nawet z przewlekłą chorobą Brighta o znamionach nefrozy. Do zakresu wskazań należy także podagra.

Osobną do pewnego stopnia grupę tworzą kobiety z chorobami narządu rodnego, powstałemi na tle przebytych zapaleń. Kąpiele mineralne i borowinowe, oraz okłady z borowiny działają w takich przypadkach niekiedy bardzo korzystnie, ułatwiając wessanie pozapalnych wysięków.

Niemniej korzystnie działają kąpiele, odpowiednio stopniowane, na chorych z wadami serca, szczególnie w tych przypadkach, w których albo zupełnie jeszcze niema objawów niesprawności, a zadanie leczenia polega na zwiększeniu sił zapasowych serca, albo też tam, gdzie objawy niewyrównania są jeszcze nieznaczne. Wskazania te odnoszą się zwłaszcza do Krynicy i do Żegiestowa, wzniesionych o tyle już znacznie nad poziom morza, że w grę wchodzą przez to bodźce klimatyczne.

Pozostaje jeszcze do omówienia ostatnia grupa polskich wód mineralnych, obejmująca wody siarczane. Należą do niej zdroje w Swoszowicach, w Truskawcu, w Lubieniu, w Niemirowie, w Szkle, w Konopkówce, w Pustomytach — w Małopolsce, w Busku i w Solcu — w ziemi kieleckiej.

Wody siarczane w Busku i w Solcu przedstawiają typ gipsowych solanek glauberskich. W porównaniu z innemi krajowemi wodami, odznaczają się stosunkowo znacznem wysyceniem. Ilość składników stałych dochodzi w Busku do 14 g w litrze. w Solcu przekracza cokolwiek 20 g w litrze. Woda siarczana ze zdroju Edwarda w Truskawcu zawiera prawie 4 g składników stałych, w tem najwięcej gipsu, nieco soli glauberskiej i węglanu wapniowego, przy bardzo małej ilości soli kuchennej. Podobny skład posiadają podkarpackie zdroje wód siarczanych w Swoszowicach i w Krzeszowicach oraz wszystkie t. zw. podolskie wody siarczane. Wspólną cechę wszystkich naszych wód siarczanych tworzy obecność

wolnego bezwodnika węglowego i siarkowodoru w niewielkiej zresztą ilości. Jako zakłady lecznicze posiadają dla nas znaczenie Busko, Solec, Truskawiec, Krzeszowice, Swoszowice, Lubień i Niemirów.

Wśród wskazań dla zdrojowisk siarczanych zajmują od dawna naczelne miejsce przewlekłe choroby narządu ruchowego. Należą tu: zapalenie pni nerwowych, przewlekły gościec mięśni i stawów, pozapalne wysięki stawowe, zgrubienia kości i okostnej. Dość znacznem uznaniem cieszą się kąpiele siarczane w leczeniu niektórych chorób skóry. Zakres ten powiększa się wcale jeszcze znacznie w zdrojowiskach posiadających bardziej stężoną wodę przez włączenie do rzędu wskazań innych jeszcze chorób, jak zołzy, krzywica, choroby kobiece, niektóre przypadki nieżytu jelit grubych, przewlekłe, zwłaszcza zastoinowe nieżyty dróg oddechowych, wreszcie zatrucia ciężkiemi metalami. Godzi się pozatem wspomnieć o dawnej sławie Buska, jako zakładu, w którym leczy się pomyślnie wielu chorych kiłowych.

Już z tego krótkiego przeglądu krajowych wód mineralnych i niemniej krótkiego szkicu stosunków klimatycznych na ziemiach polskich wynika, że rozporządzamy wcale znacznym zasobem przyrodzonych sił leczniczych i że w ogromnej większości przypadków przeróżnych chorób ograniczyć się możemy do własnych naszych miejscowości leczniczych. Chodzi tylko o odpowiedni ich wybór. Aby go tembardziej ułatwić, wymienimy szereg spraw chorobowych, dostarczających najczęściej materjału dla leczenia zdrojowego względnie klimatycznego i wskażemy najwłaściwsze dla nich miejscowości lecznicze. Wchodzimy w ten sposób w zakres właściwej balneoterapji klinicznej.

Zaczniemy od stanów, których nie można uważać za chorobę w ścisłem tego słowa znaczeniu, ale które mimo to wymagają już lekarskich wskazówek. Mamy tu na myśli stany znużenia i przepracowania, oraz ozdrowiny po przebytych chorobach zakaźnych.

Wśród osób, należących do zajmującej nas w tej chwili grupy, odróżnić trzeba zasadniczo dwa typy, typ ludzi nazbyt wrażliwych i typ ludzi raczej biernych, mało pobudliwych. Pierwsi wymagają środowiska, w którem jest jak najmniej podniecających czynników, dla drugich wskazanem jest środowisko, w którem nie brak znacznych i licznych podniet.

O ile chodzi o dynamiczne czynniki klimatu, to największą ich sumą rozporządza klimat alpejski, względnie wysokogórski, a do pewnego stopnia także klimat morski. W naszych warunkach liczyć się musimy przedewszystkiem z klimatem górskim miejscowości położonych w Tatrach, z Zakopanem na czele. Nie należy wszakże lekceważyć także klimatu nadmorskich okolic szczupłego naszego bałtyckiego wybrzeża. Dzięki znacznemu wysunięciu ku północy, znacznej ruchliwości powietrza i sporej jego wilgotności nie brak klimatowi nadbałtyckich osad czynników podniecających. Jako uzdrowiska morskie wchodzą tu w rachubę Gdynia, Orłowo, Nowa Wieś, Halerowo, Jastarnia, oraz cały szereg osad rybackich, przedewszystkiem na Helu. Na wyróżnienie zasługują miejscowości, położone nad t. zw. Wielkiem Morzem, czyli poza obrębem zatoki puckiej.

Dla osób wątłych i wrażliwych nadają się najlepiej na miejsce czasowego pobytu lesiste równiny, względnie kraj niewielkich pagórków. Jako przykład takich miejscowości wymienić można Ojców, Grodzisko, Otwock, Niekłań, Czarniecką Górę, cały szereg osad sąsiadujących z Niepołomicką Puszczą, liczne miejscowości położone w okolicach Tarnowa, zwłaszcza na szlaku linji kolejowej Tarnów—Stróże, okolice Żółkwi (Niemirów), Lwowa (Brzuchowice), Stryja (Morszyn), lesiste okolice województwa wileńskiego, lubelskiego itd. Ogół lekarzy wie o nich niestety bardzo mało, wprost z tego powodu, że nie posiadamy dotychczas dokładnej fizjografji lekarskiej całej naszej ziemi. Niech mi wobec tego będzie wolno zwrócić się na tem miejscu z gorącym apelem do wszystkich lekarzy w całej Polsce, aby zechcieli zająć się tą sprawą.

Dotknęliśmy tu wskazań dla pobytu osób z krańcowemi, jeśli tak się wyrazić można, znamionami konstytucji. Po wojnie i po wstrząśnieniach, wywołanych przez nią, jest ich niewątpliwie więcej, aniżeli było dawniej. Ale mimo to przeważa zawsze jeszcze zastęp ludzi, u których zasób sił i równowaga nerwowa nie poniosły nazbyt wielkiej szkody. Zazwyczaj rozstrzygają oni sami, bez współudziału lekarzy, o miejscu swego wypoczynku. O ile wszakże zwracają się z tem o radę, to najlepiej wskazywać im podgórskie miejscowości karpackie. Mamy ich cały szereg. Z bardziej znanych wymienimy tu: Bystrę, Jaworze, Wisłę, Zawoję, Suchą, Maków, Jordanów, Łącko, Krościenko nad Dunajcem, Rytro, Piwniczną, Głębokie — w zachodniej Małopolsce, Skole, Korczyn, Synowódzko, Hrebenów, Spas, Kulaszne, Dorę, Jaremcze, Mikuliczyn, Tatarów, Worochtę — w Małopolsce wschodniej.

Przechodząc do streszczenia wskazań dla leczenia rozmaitych stanów patologicznych w krajowych zdrojowiskach i uzdrowiskach, muszę zaznaczyć, że to co w tej sprawie powiedzieć mogę w danej chwili, nie rości sobie bynajmniej pretensji do objęcia całości. Ograniczyć się muszę raczej tylko do treściwego zestawienia ogólnych wskazań z podkreśleniem tylko tych szczegółów, które ze względu na rodzimą balneoterapję na podkreślenie zasługują.

Jedno z pierwszych miejsc zajmują tu choroby przemiany materji, przedewszystkiem otłuszczenie ogólne, cukrzyca i podagra.

Mając przed sobą chorych otyłych, uwzględnić musimy przedewszystkiem ich wiek i stan narządu krążenia. Dla ludzi względnie młodych, zresztą zdrowych, wystarczyć może pobyt w górach lub nad morzem. Zupełnie odpowiedniem miejscem pobytu są tu wyżej położone uzdrowiska karpackie, oraz uzdrowiska nadbałtyckie. U osób młodych, niedokrewnych może oddawać bardzo dobre usługi pobyt i leczenie w Krynicy lub Żegiestowie. U osób otyłych, z objawami zwyrodnienia mięśnia sercowego lub wyraźnej miażdżycy tętnic, nie wolno zalecać podniet klimatycznych i pracy fizycznej jako naczelnych sposobów leczenia odtłuszczającego. Doświadczenie nauczyło, że dobre wyniki osiągnąć tu można zapomocą wód przeczyszczających, t. zn. wód, które zawierają w swym składzie siarkany alkaljów i magnu. Pierwsze z nich nazywamy wodami glauberskiemi, drugie gorżkiemi. Przedstawicielkami pierwszych, światowej sławy, są Karlsbad i Marienbad. Z pośród wód gorżkich cieszyły się wielkiem uznaniem zwłaszcza wody niemieckie.

Wśród zdrojowisk krajowych, które zastąpićby mogły obce wody glauberskie i gorżkie, zasługują na uwagę Truskawiec i Morszyn. Pierwszy posiada w zdroju Marji solankę glauberską, drugi w zdroju Bonifacego solankę gorżką. Pozatem godzi się jeszcze wspomnieć o Busku, którego wody, obok znacznej ilości chlorku sodu, zawierają nieco soli glauberskiej i soli gorżkiej. Używanie tych wód utrudnia wprawdzie obecność siarkowodoru, ale do niemiłej jego woni można się jednak przyzwyczaić. Siarkowodór podnieca zresztą także czynność jelit, sprowadza często wodniste wypróżnienia i wspiera w wydatny sposób podobne działanie chlorku i siarkanu sodowego.

W leczeniu moczówki cukrowej odgrywają od bardzo dawna wybitną rolę wody alkaliczne i alkaliczno-glauberskie, w części także wapienne, odznaczające się wysoką naturalną ciepłotą. Aż nadto dobrze jest znana w tym zakresie rozgłośna sława Karlsbadu, Neuenahru, Vichy, Royatu, Labourboulle, Montdoru i innych podobnych im cieplic. Stwierdzona przez empirję skuteczność tych wód pociągnęła za sobą badania, zajmujące się poznawaniem wpływu zawartych w nich soli na wydzielanie cukru i na inne objawy, towarzyszące chorobie cukrowej. Wyniki tych badań nie były nazbyt zadowalniające. Przekonano się, że żadna z tych soli nie wywiera niewątpliwego wpływu na stopień cukromoczu. Co najwyżej można było stwierdzić zmniejszanie się objawów acidozy. W toku badań pokazało się dalej, że działanie tych wszystkich sławionych wód mineralnych występuje na jaw bodaj tylko wtedy, gdy chorzy piją je wprost ze zdroju. Zwrócono skutkiem tego uwagę w innym kierunku i zajęto się śledzeniem wpływu wody o rozmaitej ciepłocie. Pokazało się wtedy, że przedewszystkiem wysoka ciepłota jest tym czynnikiem, z którym wiąże się ko-

rzystne działanie wody. Polega ono między innemi na zmniejszeniu pragnienia, zjędrnieniu skóry oraz na zmniejszeniu diurezy. Jednem z ważnych następstw jest obniżenie parcia krwi, przyśpieszenie tętna i większa częstość oddechów. Wszystkie wymienione tu skutki zaznaczają się rychlej i dobitniej po dodaniu wodnych rozczynów soli, jak węglan sodowy, chlorek sodu itd. a tem samem także po odpowiednich wodach lekarskich, ale nie zależą od tego, czy podano wodę o rodzimej ciepłocie, czy też sztucznie ogrzaną.

Poznanie tych szczegółów posiada pierwszorzędne znaczenie dla naszej rodzimej balneoterapji, uzasadnia wysyłanie chorych na cukrzycę także do krajowych zakładów.

O wyborze najodpowiedniejszego w danym przypadku zdrojowiska rozstrzyga nie tyle rozpoznanie cukrzycy, jako takiej, ile ogólny stan chorego, tok całej przemiany pierwiastków, stan narządu krążenia, narządu oddechowego, nerek i narządu pokarmowego.

Dla osób otyłych, podagrycznych, okazujących przytem objawy miażdżycy tętnic, niekiedy nawet początki miażdżycy nerek, nadaje się bardzo dobrze Truskawiec, jako miejsce dla kilkotygodniowego leczenia. Woda ze zdroju Marji, ogrzana do ciepłoty 55 60° C. działać tu może nader korzystnie. Nie należy także lekceważyć wpływu kąpieli, o ciepłocie zastosowanej do stanu serca i naczyń. Warto, aby wskazaniem tem zajęli się zupełnie szczegółowo lekarze Truskawca i postarali się o zapewnienie chorym na cukrzycę odpowiednich warunków także dla leczenia dyjetetycznego i mechanoterapeutycznego.

Cukrzyca, powikłana z nieżytem żołądka i jelit, usprawiedliwia kierowanie chorych do Szczawnicy lub do Rymanowa, w przyszłości także do Wysowy i Krościenka.

Dla chorych niedokrewnych wskazane są raczej Krynica i Żegiestów.

Wobec zmian w płucach kłaść trzeba na te zmiany wielką wagę i zalecać chorym pobyt i leczenie w odpowiednich sanatorjach, a przynajmniej w dobrych stacjach klimatycznych. Z pośród naszych tego rodzaju miejscowości wymieniamy dla przykładu Otwock jako nizinne, Zakopane jako górskie uzdrowisko. Wybór zależy od stanu ogólnego chorych.

W zupełnie niepowikłanej, lekkiej postaci cukrzycy, u osób nie starych jeszcze, ograniczyć się można w leczeniu, po za uporządkowaniem dyjety, do działania podniecających czynników klimatycznych, wzmocnionego przez odpowiednio, lekarskim sposobem, miarkowaną pracę fizyczną. W tej myśli zalecamy chorym pobyt w wysoko położonych miejscowościach górskich lub nad morzem. U nas wysyłać ich można w Tatry do Zakopanego i do podobnych mu położeniem osiedli, lub nad Bałtyk. Pobyt w górach działa nader korzystnie zwłaszcza u chorych z objawami hypertyreozy, towarzyszącej niezbyt rzadko cukrzycy.

Ciężka postać cukrzycy jest wogóle mało przystępna dla leczenia. Nie mniej musimy i tu także udzielać rad chorym, wierzącym, że zmiana miejsca pobytu i leczenie poza domem przynieść może poprawę ich stanu. Niemal z zasady chodzi tu o chorych wątłych, źle odżywionych i bardzo osłabionych, nie rzadko ze znamionami poczynającej się chery i acidozy. Spokój i oszczędzanie tworzą tu przykazanie lekarskie. Stosunkowo najłatwiej jeszcze dać im odpowiednie po temu warunki, o ile chodzi o ziemie polskie, na suchych lesistych równinach, lub w kraju niewielkich, lesistych pagórków. W takie też okolice kierować należy chorych na cukrzycę, o których mówimy w tej chwili. Zbytecznem byłoby dodawać, że nieodzownym warunkiem są dobrze urządzone lecznice. Brak ich odczuwamy bardzo dotkliwie.

Zupełnie zrozumiałe zajęcie budzi klimatyczne i balneoterapeutyczne leczenie s k a z y m o c z a n o w e j, względnie podagry, występującej w nader różnorodnych postaciach. Wspólne znamię — nie mamy prawa mówić, że istotę—choroby, tworzy nadmiar kwasu moczowego, najczęściej okresowy, w osoczu krwi i rozmaitych tkankach, a więc pewnego rodzaju przekwaszenie ustroju. Jako następstwo nadmiernego wytwarzania, a równocześnie nieznanych nam jeszcze dokładnie chemicznych, w pojęciu fizjologji, usterek w strukturze soli kwasu moczowego, wypadają te sole z roczczynu i osadzają się w postaci złogów w rozmaitych tkankach. Prostem następstwem jest podrażnienie tkanek, przebiegające pod postacią zapąlenia ostrego lub przewlekłego.

W leczeniu choroby uwzględnić trzeba w pierwszym rzędzie ograniczenia dyjetetyczne, w dalszym starać się o poprawienie toku przeróbki biologicznej ciał chemicznych z jądrem purynowem, a obok tego o rozpuszczenie i wydalenie nagromadzonych w ustroju złogów soli kwasu moczowego. O wskazówkach dyjetetycznych na tem miejscu nie potrzebujemy mówić. W dziele poprawy toku przemiany pierwiastków odgrywają bardzo ważną rolę czynniki podniecające i wzmacniające ustrój w pojęciu biologicznem. Pewnej ich sumy dostarcza klimat górski i morski. Z pierwszego mogą wszakże korzystać tylko chorzy nie starzy jeszcze, u których niema poważniejszych zmian w narządzie krążenia. Wpływ czynników klimatycznych potęguje wydatny ruch a nawet wprost fizyczna praca. U nas kierujemy takich chorych do górskich lub podgórskich względnie do nadbałtyckich uzdrowisk.

Z naciskiem podnieść jeszcze trzeba bardzo korzystny wpływ ziewów radowych (emanacji radu), stwierdzony przez nader bogate już doświadczenie lekarskie. Wiążą się z tem dobre wyniki leczenia w Zakładach, rozporządzających zdrojami gorącej wody, oraz mułem o wybitnych radjoczynnych własnościach. Moglibyśmy je mieć u siebie po odpowiedniem urządzeniu Jaszczurówki pod Zakopanem.

O ile chodzi o wody lekarskie na ziemiach polskich, kierować się jeszcze najlepiej zawartością soli wapniowych. Z myślą o nich wymieniamy na czele naszych zakładów Żegiestów, w dalszym rzędzie Krynicę, Wysowę, Szczawnicę i Krościenko. Wprost idealnem zdrojowiskiem dla leczenia podagry byłoby zdrojowisko Drużbaki ze swojemi ciepłemi wapniowemi i wapniowo-alkalicznemi szczawami.

Oprócz szczaw wapniowych, jak Żegiestów lub Krynica, alkaliczno-słono-wapniowych, jak Wysowa, Krościenko i Szczawnica, godzi się jeszcze wspomnieć o Truskawcu tak ze względu na jego wapniowo glauberskie wody, jak może jeszcze bardziej, ze względu na wodę ze zdroju Nafta, znaną ze swego działania moczopędnego.

Zupełnem milczeniem nie należy wreszcie pomijać naszych solanek, zalecanych dawniej głównie z powodu znajdującego się w nich litu. Należą do nich: Rabka, Rymanów, i Iwonicz. Ludzie starsi, dla których klimat górski jest nieodpowiedni, mogą się poddać leczeniu w Ciechocinku lub Busku.

Z pośród innych chorób przemiany pierwiastków zasługują jeszcze na wzmiankę fosfaturja i oxalurja, przydarzające się bądź to jako sporadyczne, bądź też jako dłużej trwające zaburzenia.

W leczeniu f o s f a t u r j i, towarzyszącej nierzadko nerwicom ogólnym, zwłaszcza neurastenji, kłaść trzeba nacisk na układ nerwowy i dążyć do jego wzmocnienia także przy pomocy czynników klimatycznych i balneoterapeutycznych. Jako wody lekarskie nadają się najlepiej jeszcze wody arsenowo-żelaziste. Wprost przeciwwskazane są szczawy alkaliczne i alkaliczno-słone.

O x a l u r j a łączy się niezbyt rzadko ze skazą moczanową i dzieli z nią po części wskazania lecznicze.

W przypadkach a l k a p t o n u r j i i c y s t y n u r j i, na szczęście bardzo rzadkich, stoimy wprost bezradni wobec chorych, żądających wskazówek leczniczych. Najrychlej jeszcze doradzać by tu można leczenie w zakładach kąpielowych solankowych, lub u wód alkaliczno-słonych.

Bardzo znacznego zastępu chorych dostarczają dla leczenia zdrojowego c h o r o b y n a r z ą d u p o k a r m o w e g o.

Wśród spraw, toczących się w żołądku, zajmują naczelne bodaj miejsce choroby, którym towarzyszą przykre objawy bólu, zgagi, odbijań i wymiotów kwaśnych. O ile ostateczna ich przyczyna tkwi w nadmiernem wydzielaniu kwasu solnego, wpływają uśmierzająco wody alkaliczne i wody ziemne. Cieszą się one wielkiem uznaniem we wszystkich chorobach żołądka, przebiegających z hiperchlorją, a więc w nieżycie kwaśnym, w nerwowym sokotoku, we wrzodzie okrągłym

żołądka i dwunastnicy. W wyższej mierze dotyczy to cieplic, jak Karlsbad, Vichy itd. Zastąpić je wszakże możemy wodą Zubera w Krynicy oraz szczawami Krościenka, Szczawnicy i Wysowej. Za miarę dla tej oceny służy bezwzględna ilość sody, węglanu wapnia i soli kuchennej, oraz wzajemny stosunek tych składników do siebie. Z pośród zdrojów Wysowej nadają się najlepiej zdrój Słony i Olgi, z wód krościeńskich zdrój Anny i Michaliny, z pośród wód szczawnickich zdrój Magdaleny i Józefiny.

W tych przypadkach chorób żołądka, w których nietylko niema nadmiaru kwasu solnego, ale istnieje niedobór, niekiedy bardzo znaczny, są wody alkaliczne niezbyt odpowiednie. Pewne usługi oddawać tu mogą szczawy słone albo szczawy wapniowo-żelaziste. Dlatego polecamy w niedomodze wydzielniczej kwasu solnego zimną wodę rymanowską, krynicką, lub żegiestowską. Liczymy się przytem z działaniem kwasu węglowego, chlorku sodu i niskiej ciepłoty wody, jako tych czynników, które drażnią gruczoły kwaso i pepsynorodne, a w odniesieniu do szczaw wapniowo-żelazistych także ze stwierdzoną przez doświadczenia kliniczne zdolnością tych wód do przysparzania zaczynu podpuszczkowego i ułatwiania w ten sposób trawienia mleka.

Wszelkiego rodzaju nerwice żołądka wymagają leczenia ogólnego. Nie małą rolę odgrywa w nich wpływ klimatu i wpływ wszelkiego rodzaju zabiegów kąpielowych. W wyborze najlepszych dla leczenia warunków i najstosowniejszych zabiegów kierować się trzeba ogólnym stanem chorych, a w wyższej jeszcze mierze ich nastrojem psychicznym i stopniem nerwowej wrażliwości. Dla poznania szczegółów, wymienionych na ostatniem miejscu, dostarczyć może bardzo cennych wskazówek rozmowa, odbiegająca od typu zwykłych lekarskich rozmów. Dopiero wtedy zdradza wielu chorych swoje upodobania, odsłania swoje zmysłowe i umysłowe właściwości i daje przez to lekarzowi podstawę dla należytego sformułowania sądu o wskazaniach leczniczych.

Dok. nast.

Oceny i sprawozdania.

Aleks. Rosner. **Ginekologja**, podręcznik do użytku lekarzy i studentów. Tom I. Kraków. 1923 r. Wydawnictwo podręczników Akademji Nauk Lekarskich. Stron 404 z 171 rycinami w tekście.

Od dawna wydanie polskiego podręcznika chorób kobiecych było piekącą potrzebą. Zadość temu uczynił podręcznik Rosnera. Różni się on pod wieloma względami od bezmała wszystkich podręczników, wydanych w językach obcych. Różnice te jednak nietylko nie obniżają wartości podręcznika, lecz przeciwnie stawiają go w rzędzie najlepszych podręczników wogóle, a wiele wyżej ponad wszystkie znane dotąd podręczniki chorób kobiecych.

Już samo ujęcie całej sprawy (o czem zresztą sam autor w przedmowie wspomina) stanowi wysoką zaletę podręcznika. Słuszne jest bowiem zdanie, że anatomiczny podział, stosowany dotychczas w podręcznikach schorzeń narządów rodnych kobiety, jest sztuczny, niedydaktyczny; chociaż może czyni podręcznik encyklopedycznie przejrzystszym, to skutkiem rozerwania myśli uczącego się, nastawionej przez naukę kliniczną w innym kierunku, utrudnia użycie i przyswojenie sobie całości. Tem większą jest zasługą autora, że wbrew dotychczas utartym zwyczajom i regułom pisania podręczników schorzeń narządów rodnych, zupełnie samorzutnie zrozumiał ich powszechne wady i potrafił nadać swej książce układ, jak to sam zaznacza, »nieprzeciwny logicznemu myśleniu lekarza«. To stanowi niezaprzeczenie najważniejszą, lecz nie jedyną zaletę tej książki. Wynikiem nowego punktu, z którego autor ujmuje problem nauczania o schorzeniach narządów rodnych kobiety, jest to, że ginekologja Rosnera nie rozpoczyna się, jak przeważna część tego rodzaju podręczników, od rozdziału o rozwoju narządów rodnych. Rozdział ten, słusznie jak się później okaże, pomieścił autor na innem miejscu.

Pierwszy ustęp traktuje o cechach płciowych kobiety, w którym to rozdziale, ogólnie ujętym, oprócz innych cech, rozpatruje autor, także i psychikę kobiety. Dalszy jego ciąg, to anatomja i histologja narządów płciowych kobiety, omówiona pokrótce, lecz wyczerpująco i to ze szczególnie troskliwem uwzględnieniem potrzeb lekarza chorób kobiecych. Rozdział pierwszy kończy, szkoda, że może za krótko ujęta, sprawa konstytucji narządów płciowych. Jak wiemy, sprawa to nowa, nie wszystkim dobrze znana, a posiadająca doniosłe znaczenie, tak w fizjologji, jak i w patologji narządów rodnych.

Rozdział drugi zajmuje się fizjologją narządów płciowych kobiety. W nim uwzględnił autor najnowsze prace z tego zakresu, poruszając sprawę ciałka żółtego, gruczołu śródmiąższowego, sprawę wydzielania wewnętrznego jajnika, przemian błony śluzowej macicy, ich zależność od stanu jajnika, oraz różnice i analogje, z jakiemi się spotykamy w cyklu miesiączkowym u kobiety, i w cyklu ruji zwierzęcej. W tym też rozdziale omawia autor pokrótce okres pokwitania i przekwitania płciowego oraz zmiany, jakie w tych okresach u kobiety zachodzą. Co do tego rozdziału nadmienić należy, że autor znów odstąpił od szablonowej, utartej drogi i wbrew temu, co się zazwyczaj w podręcznikach spotyka, nie opisuje najpierw zmian błony śluzowej macicy i sprawy miesiączki, lecz rozpoczyna od fizjologji jajnika, uważając jego czynność za wcześniejszą w czasie i w znaczeniu ważniejszą, a skutkiem tego, logicznem następstwem, pierwej zasługującą na omówienie. Na tem niepomiernie zyskuje przejrzystość całej sprawy.

W rozdziale trzecim omawia Rosner technikę badania ginekologicznego. Rozdział napisany tak jasno i z punktu widzenia dydaktycznego tak dobrze, że nawet student, nie mający żadnego pojęcia o badaniu ginekologicznem, przeczytawszy raz ten rozdział, z całego sposobu badania ginekologicznego z łatwością zda sobie sprawę. Jako przykład, przytoczę tylko sposób ściągania wywiadów. Równocześnie uwzględnione są w tym rozdziale najnowsze metody badania, jak badanie przez prześwietlenie promieniami Roentgena, po wdmuchiwaniu gazu do jamy otrzewnej, oraz badanie drożności jajowodów przez przedmuchiwanie metodą Rubina, z bardzo słusznemi uwagami krytycznemi.

W rozdziale czwartym omówione są wady rozwojowe. Poprzedza je historja rozwoju narządów płciowych kobiety. W ujęciu tych obu spraw w jeden rozdział najlepiej, mojem zdaniem, odczuć można, że autor posiadł sposób najlepszego nauczania. Jak to już na początku wspomniałem, nie omawia Rosner historji rozwoju narządów rodnych w pierwszym rozdziale książki, z czem w przeważnej liczbie podręczników się spotykamy, lecz poprzedza nią bezpośrednio opis wad rozwojowych, ponieważ logicznie biorąc, związek między pierwszym a drugim jest tak ścisły, że rozdzielić tych spraw od siebie nie można. To związanie w książce obu tematów pomaga w wysokim stopniu uczącemu się, a należyty podział i ugrupowanie poszczególnych rodzajów wad, umożliwia łatwą orjentację i szybkie przyswojenie sobie podanych w tym rozdziale wiadomości.

Na szczególniejsze omówienie zasługuje rozdział piąty, zatytułowany: niedokształcenie, zanik, niedomoga czynnościowa narządów płciowych kobiecych; przerost, wzmożona czynność. W rozdziale tym ujmuje Rosner w jedną całość sprawy chorobowe, które w dotychczasowych podręcznikach błąkały się po różnych rozdziałach. Tutaj zaś autor, i to bez najmniejszej wątpliwości słusznie, staje na innem stanowisku, przez co stwarza nietylko nowy rozdział w podręczniku, lecz ułatwia w najwyższym stopniu zrozumienie spraw, które dotąd mylnie zaliczano bądź do wad rozwojowych, bądź też do spraw zapalnych, a które, nie mając nic wspólnego tak z jednemi jak i z drugiemi, wprowadzały zamieszanie pojęć. Podnieść tu muszę nadzwyczaj trafne, ścisłe i krótkie określenia: genitalia infantis, genitalia lactantis, genitalia vetulae. »Są to prawidłowe stany, graniczące ściśle z patologją«, które stanowią punkt wyjścia dla spraw chorobowych. »Przez proste zestawienie z temi trzema fizjologicznemi stanami in minus — mówi autor — wyłaniają się trzy główne postacie chorobowe, z tej dziedziny«. Omówione są one w pojedyńczych ustępach pokrótce, a przecież wyczerpująco.

Tak samo należy zaznaczyć trafność w ujęciu spraw przerostowych narządów rodnych, do których zaliczone są, między innemi różne postacie metropatji krwotocznych, stawianych dotychczas mylnie w rzędzie zapaleń i z niemi wspólnie omawianych, oraz tak zwany drobnotorbielkowaty przerost jajnika. Stworzenie dla tego rodzaju cierpień osobnego poddziału dowodzi wysokiego doświadczenia i bystrości dydaktycznej, oraz głębokiego zrozumienia samej istoty danych schorzeń. Nie mogę jeszcze nie wspomnieć o ustępie: »wzmożona czynność narządów płciowych«. Już w pierwszem zaraz zdaniu tego ustępu charakteryzuje autor wszystkie rodzaje tych wzmożonych czynności, a tak jasno i przejrzyście, jak doprawdy nigdzie dotychczas, w żadnej pracy tego nie spotkałem! Zresztą ustęp to nowy i w podręcznikach nigdzie nie uwzględniany. Cały ten rozdział cechuje się szczegółowem i przejrzystem opracowaniem, oraz głęboką znajomością przedmiotu, co tem więcej cenić należy, że pojęcia w nim omawiane były dotychczas przeważnie niejasne i w wysokim stopniu ze sobą pogmatwane.

Rozdział szósty składa się z uwag ogólnych i części szczegółowej. Omawia w nim autor zapalenia poszczególnych części narządów rodnych, uwzględniając pokrótce, lecz wystarczająco etjologję, anatomję patologiczną, objawy, rozpoznanie, przebieg i leczenie każdej sprawy. Pozatem zastanawia się, ogólnie rzecz biorąc i reasumując poprzednie wywody, nad gruźlicą, promienicą, bąblowcem, wiewiórem i kiłą w narządach rodnych. Na szczególniejszą uwagę zasługują mojem zdaniem, ustępy o zapaleniu błony śluzowej szyji i trzonu macicy, które są opracowane wprost pierwszorzędnie, i to tak pod względem teoretycznym, jak i praktycznym.

Na sprawach zapalnych kończy się tom pierwszy. Drugi jeszcze w handlu się nie ukazał.

Podręcznik to, w którym ja przynajmniej nie znalazłem żadnych wad, a same tylko zalety. Napisany jest on z niepospolitym talentem, bardzo dojrzały, wskazuje na ogromne doświadczenie dydaktyczne i naukowe autora, jak również znakomitą znajomość psychologji uczącego się. Spełni napewno doskonale swoje zadanie i ułatwi przyswojenie sobie wiedzy »nie przez kucie, lecz przez zrozumienie do dna przedmiotu«. Jest to jednem słowem podręcznik doskonały. A to, że nietylko lekarze i studenci lecz także i ginekolodzy specjaliści bardzo wiele mogą z niego skorzystać, sądzę, że nie jest chyba jego wadą.

Szata zewnętrzna książki robi niezmiernie korzystne wrażenie. Wydano ją, rzecz dziwna w czasie powojennym, na doskonałym papierze. Druk wzorowy, bez błędu, nie męczący oczu. Sto kilkadziesiąt rycin, częściowo kolorowych, doskonale wykonanych, bardzo zdobi dzieło, a co najważniejsze, pomaga w dużym stopniu uczącemu się, zwłaszcza obmyślane przez autora schematy i pochodzące z jego własnych spostrzeżeń, oryginalne rysunki. *J. Zubrzycki.*

Przegląd piśmiennictwa.

Choroby wewnętrzne.

Presse médicale.
Nr. 60. 1923.

P. Emile-Weil i Isch-Wall. **Stany krwotoczne po stosowaniu środków arsenobenzolowych.** Autorzy zgadzają się na podział tych stanów, podany przez Rabut'a i Oury'ego, którzy rozróżniają: a) małe odosobnione krwotoki (z nosa, płuc, dziąseł, zbyt długie perjody i krwotoki maciczne u kobiet); b) zwykłe wysypki plamicowe bez lub w połączeniu z krwotokami; c) plamicę reumatyczną typu Schönlein'a pochodzenia toksycznego, w której bóle stawowe występują z wysypką plamicową, i d) ostrą krwotoczną plamicę — postać najczęstszą po zatruciu arsenobenzolami. Badanie krwi w tych przypadkach wykrywa nieco zmniejszoną krzepliwość (15 do 30 minut), złą kurczliwość skrzepu, wybitne żółte zabarwienie surowicy. Czas krwawienia (Duke) jest dłuższy i zmienny. Trujące działanie arsenobenzolów na krew jest znane; o ich własności hamowania krzepnięcia pisali liczni autorowie. O ile jednak arsenobenzole byłyby istotnie jadami krwi, to zespół krwotoczny można byłoby spostrzegać stale we wszystkich przypadkach, w których zastosowano duże dawki tych środków. W rzeczywistości zaś krwotoki zdarzają się bardzo rzadko w porównaniu z szerokiem stosowaniem arsenobenzolów. – Stany krwotoczne obserwowano po zastrzykach dożylnych 914, sulfarsenolu, po zastrzykach śródmięśniowych preparatu 132, po stosowaniu per os 190. Dawka nie odgrywa dużej roli, spostrzegano krwotoki i po szeregu dużych dawek, i po małych dawkach na początku leczenia. Autorzy zwracają uwagę, że ciężkie stany krwotoczne poprzedza zawsze występowanie małych krwotoków, żółtaczki, wymiotów, biegunki i t. p., świadczących o nieznoszeniu tych środków przez ustrój.

Co się tyczy podłoża, to następujące czynniki mają znaczenie w powstawaniu stanów krwotocznych: a) płeć — stany te spostrzegamy w przeważającej liczbie u kobiet; b) podłoże krwotoczne: hemogenja. U większości takich chorych można znaleźć w przeszłości skłonność do krwotoków; c) schorzenia wątroby. Wywiady osobiste i rodzinne wykazują obecność schorzeń wątroby (kamica, kolka, żółtaczka, cukrzyca); badanie kliniczne wykrywa zmiany objętości i spoistości wątroby.

Większość autorów przypuszcza, że przyczyną zatrucia arsenobenzolowego jest jądro benzolowe. Jak wiadomo, za pomocą benzolu, jadu hemolitycznego, można wywołać doświadczalnie u królika znaczne zmiany we krwi (anemja, zmniejszenie białych ciałek i płytek) z objawami krwotocznemi. Co się tyczy mechanizmu powstawania stanów krwotocznych, to najlepiej tłumaczy większość objawów spostrzeganych, z wyjątkiem krwotoków, wstrząs koloido-klastyczny. Aby wystąpiły przytem krwotoki, potrzebne jest specjalne podłoże, a mianowicie hemogenja lub też niewydolność wątroby.

Jako leczenie, w przypadkach lekkich należy stosować wstrzykiwania peptonu (0,5 peptonu Witte w 10 cm^3 fizjolog. rozczynu) lub hemoplastynę Parke-Dawis'a. Autorzy stosowali często podskórne zastrzyki krwi ludzkiej; ostrzegają zaś przed stosowaniem surowic zwierzęcych, które mogą wywołać znaczne zaburzenia u takich chorych. W przypadkach ciężkich stosuje się kilkakrotne przetaczania krwi (200—300 cm^3), działając tem raczej przeciw ciężkiej niedokrwistości. Rzadko autorzy zalecają stosowanie równoczesne kroplowych lawatyw z cukrem i wyciągami wątroby i podawanie adrenaliny (40 kropel).

W przypadkach, kiedy w przebiegu leczenia arsenobenzolami występują krwotoki, należy bezzwłocznie przerwać zastrzyki i zająć się wyłącznie leczeniem objawów krwotocznych. Po ustąpieniu ich należy wogóle zaprzestać dalszego leczenia arsenobenzolami i rtęcią, gdyż powodują one nawrót krwotoków. Autorzy natomiast polecają preparaty bizmutowe, jako mniej szkodliwe dla wątroby i krwi. Mimo to autorzy spostrzegali i w tych przypadkach występowanie objawów krwotocznych. Aby uniknąć ich, autorzy zalecają przed rozpoczęciem leczenia arsenobenzolowego badać chorych w tym kierunku. Wywiady rodzinne, zwłaszcza w linji żeńskiej, pozwalają niejednokrotnie stwierdzić skłonność do krwotoków. Następnie idą wywiady w kierunku schorzeń wątrobowych, nabytych lub dziedzicznych, i badanie krwi: zmniejszenie lub zniesienie kurczliwości skrzepu, zmniejszenie ilości płytek i zwłaszcza zwiększenie czasu krwawienia.

Aleks. Krause (Warszawa).

Sprawy zawodowe.

Z Izby lekarskiej lwowskiej. Z powodu wzrostu kosztów utrzymania kancelarji i wogóle wydatków administracyjnych w związku z dewaluacją marki p. Zarząd Izby uchwalił, co następuje: Koledzy przynależni do Izby tytułem dodatku do wkładki na r. 1923 mają uiścić 100 tysięcy mkp. najpóźniej do 10 grudnia b. r., dopłata później uiszczona wyniesie 200 tysięcy mkp. Ci koledzy, którzy dotąd niezłożyli dodatku poprzedniego, mają uiścić 200 tysięcy mkp. również do 10 grudnia b. r., po tym terminie 300 tysięcy mkp.

Zwraca się uwagę, że w myśl art. 44. ustawy o Izbach lekarskich niezapłacone należytości będą ściągane w drodze egzekucji administracyjnej. We Lwowie dnia 14 listopada 1923.

Prezydent: Dr. *Papée.*